

Année 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

Juan-Ygnacio MENCHACA

Né à Tepic (Mexique), le 22 Septembre 1899

Étude analytique et critique des conditions
étiologiques qui président à la Maladie de
Buerger ou Thrombo angéite oblitérante.

Président de Thèse : M. SICARD, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN 91

—
1927

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547905_0013

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

Juan-Ygnacio MENCHACA

Né à Tepic (Mexique), le 22 Septembre 1899

Étude analytique et critique des conditions étiologiques qui président à la Maladie de Buerger ou Thrombo angéite oblitérante.

Président de Thèse : M. SICARD, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1927



LE DOYEN M. ROGER.

— PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SIGARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.....
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY..
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.
Id.	RANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic ¹ .
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgic ¹ .
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
GADENAT.....	Pathologie chirurgic ¹ .
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG..	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER...	Urologie.

MM.

HOVELACQUE....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie
LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS....	Pathologie chirurgic ¹ .
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LÉVY-SOLAL....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ¹ .
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ¹ .
MONDOR.....	Pathologie chirurgic ¹ .
MOURE.....	Pathologie chirurgic ¹ .
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils.....	Physiologie.
TANON.....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.

M.

RETTERRER.....	Histologie.
----------------	-------------

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	LERI.....	Clinique médicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	LÉPER.....	Clinique médicale.
LAIGNEL LAVASTINE..	Clinique médicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet..	Clinique médicale in fantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.

CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A L'INOUBLIABLE MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET A MA MÈRE

Avec ma profonde affection.

A MES FRÈRES ET A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES
de la Faculté de Médecine de Guadalajara (Mexique).

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SICARD

Pour le grand honneur qu'il
nous fait en présidant cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A.-C. GUILLAUME

Qui a inspiré et a eu l'obligeance
de diriger ce travail ; en témoi-
gnage de notre sincère reconnais-
sance.

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE

Qu'il trouve ici l'expression de
notre gratitude, pour l'amabilité
dont il a toujours fait preuve à
notre égard.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. le Professeur COUVELAIRE;

M. le » TEISSIER;

M. le » TERRIEN;

M. le » JEANSELME;

M. le » LEGUEU;

M. le » SÉBILEAU;

M. le » CLAUDE;

M. le » GUILLAIN.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY

En hommage de reconnaissance.

INTRODUCTION

Voici une vingtaine d'années, en 1908, un médecin américain de New-York, Léo BUEGER, dénommait du terme nouveau de *Thrombo-angéitis-oblitérante* une maladie atteignant les vaisseaux, artères et veines des membres, qu'elle oblitère, et particulièrement ceux des extrémités inférieures; cette atteinte se traduit symptomatologiquement par d'importants troubles circulatoires et trophiques ayant pour aboutissant le sphacèle.

En même temps qu'il la dénommait, BUEGER publiait de nombreuses et fort importantes études de cette maladie; aussi, pensant qu'il s'agissait là d'une affection nouvelle ou nouvellement identifiée (par BUEGER), bien des médecins ont-ils cru devoir, parlant de la *thrombo-angéite oblitérante*, la désigner sous le nom de *Maladie de Buerger*, et ces deux qualificatifs, et principalement le second, sont, actuellement, ceux que l'on emploie dans les pays anglo-saxons et en France quand on veut parler de l'affection qui fait l'objet de la présente étude.

Sans vouloir rien diminuer des mérites de BUEGER

et de la part considérable qui est la sienne dans l'analyse et l'identification des caractères de cette affection, nous voulons, à l'instigation et sous la direction de notre maître le Docteur A.-C. GUILLAUME, reprendre l'étude des conditions étiologiques qui président à la genèse de ces états, classés aujourd'hui sous le nom de *Maladie de Buerger* ou de *Thrombo-angéite oblitérante*, de manière à reconnaître quels sont, parmi les facteurs invoqués par certains (principalement par BUEGER), les conditions étiologiques qui influencent réellement la genèse de ces états.

Ce sera le but que nous nous assignons dans le présent travail.

CHAPITRE PREMIER

Les Caractères fondamentaux de la soi-disante maladie de Buerger ou Thrombo-angéite oblitérante

Depuis 1908, et dans une série d'études partielles (groupées dans son travail d'ensemble sur les *troubles circulatoires des extrémités*), Léo BUEGER s'est efforcé d'indiquer les caractéristiques d'une maladie ayant pour conséquence l'*oblitération des artères et des veines* (principalement les vaisseaux des membres). maladie qu'il considère comme *indépendante de l'artériosclérose et de la syphilis*, et la *conséquence probable d'une infection à forme encore indéterminée*.

Si, dans les descriptions mêmes de BUEGER, certains caractères cliniques de l'affection (claudication intermittente, douleurs survenant au repos, troubles trophiques aboutissant au sphacèle), n'ont aucun caractère qui permette d'identifier l'affection et de la séparer des autres formes cliniques des oblitérations artérielles par endartérite, le médecin de New-York trouve dans la coexistence ou la précession de *phlé-*

bites partielles superficielles des membres (phlébite migrante), un caractère qui est, à ses yeux, distinctif de l'affection, comme il trouve d'autre part des caractères distinctifs dans les conditions d'âge, de sexe et de race des patients.

Les constatations anatomiques fournissent aussi à BUEGER l'occasion de distinguer ce qu'il considère comme une entité anatomique particulière (*Thrombose primitive avec organisation ultérieure et recanalisation du caillot sans endartérite marquée*), et de distinguer l'affection qui présente de telles lésions des endartérites proliférantes occlusives de la lumière du vaisseau (avec ou sans association de thromboses suivies d'organisation du caillot).

En résumé, les conclusions des travaux de BUEGER tendent à l'identification, avec l'aide de critères principalement anatomiques et étiologiques, et, accessoirement, de critères cliniques, d'une maladie nouvelle (ou mieux nouvellement identifiée), se traduisant par une oblitération due à une thrombose avec organisation du caillot, siégeant dans les vaisseaux des membres, et ayant pour conséquences cliniques des phénomènes douloureux (claudication intermittente, douleurs au repos) et pour aboutissant des troubles trophiques (sphacèle des extrémités) ; troubles douloureux et trophiques qui sont chronologiquement précédés le plus souvent de phlébites superficielles fugaces et mobiles (phlébite migrante).

Cette maladie s'observerait d'une façon quasi-élective chez des sujets jeunes, du sexe masculin, et

appartenant également au groupe hébraïque des races sémitiques (et, d'une façon toute particulière, aux sémites habitant ou provenant des pays de l'est de l'Europe, tels que Pologne, Roumanie, Russie).

Sur la foi de certaines constatations anatomiques, et malgré l'absence de toute confirmation bactériologique, BUEGER assigne à une cause infectieuse sub-aiguë ou chronique l'origine de cette affection pour laquelle, cependant, il rejette toute étiologie syphilitique.

A la suite des travaux de BUEGER, s'est accréditée, dans l'esprit des médecins, la conception d'une affection nouvelle (la maladie de BUEGER ou thrombo-angéite oblitérante) QU'ON IDENTIFIE AVEC UNE OBLITÉRATION ARTÉRIELLE JUVÉNILE DES JUIFS POLONAIS NON SYPHILITIQUES.

Ce sont ces conceptions que nous allons discuter dans le présent travail *en nous en tenant strictement à l'analyse des conditions étiologiques* ; l'analyse et l'étude critique des conditions anatomiques et cliniques devant faire l'objet d'un autre travail inaugural dont le Docteur A.-C. GUILLAUME a confié l'exécution à l'un de nos amis, M. Ramirez ⁽¹⁾.

Avant d'entreprendre l'étude des conditions étiologiques proprement dites, nous croyons devoir indiquer l'historique de ce problème de la Thrombo-angéite oblitérante et analyser les particularités du développement et de l'évolution des idées en matière de maladie de BUEGER.

(1) Travail qui est actuellement en cours d'exécution et qui doit être intitulé : Etude analytique et critique de l'anatomie pathologique et de la pathogénie des artérites juvéniles.

CHAPITRE II

Étude historique du développement des idées en matière de Thrombo-angéite oblitérante

Depuis 1908, nous l'avons vu, Léo BUEGER s'est employé à préciser les caractères et à justifier l'identification d'une maladie particulière qu'il dénomme Thrombo-angéite oblitérante .

Les faits tant cliniques qu'anatomiques auxquels BUEGER se rapporte avaient cependant été reconnus bien avant 1908 et la maladie, si maladie il y a, avait été décrite et fort bien étudiée bien avant BUEGER par d'autres auteurs parmi lesquels on doit retenir tout particulièrement les noms de FRIEDLANDER (1876), von WINIWARTER (1879), ZÆGE von MANTEUFFEL (1891). Ainsi, si l'on veut à tout prix, cédant à une habitude discutable, associer un nom à cette soi-disant maladie, il faudrait, pour ne pas rompre avec le plus élémentaire souci de la justice, combiner l'harmonieuse association des noms de ceux qui ont le plus contribué à son identification et décrire cette affection comme

étant la *Maladie de Friedlander-Winiwarter-Manteuffel-Buerger*. Ce serait évidemment beaucoup trop long et nous croyons préférable, employant le nom anatomo-clinique proposé par BUEGER, de nous servir, pour désigner cette affection, du nom de *Thrombo-angéite oblitérante*.

Comme nous venons de le dire, ce serait faire preuve d'ignorance et d'injustice que d'ignorer les nombreux travaux qui ont précédé ceux de BUEGER (1908) dans l'identification de cette thrombo-angéite oblitérante.

Parmi ces travaux, il nous faut signaler successivement ceux de : FRIEDLANDER (1876), von WINIWAR-TER (1879), PRIOLEAU (1887), ZÆGE von MANTEUFFEL et WEISS (1891), DUTIL et LAMY (1893), FRAENKLE (1896), BORCHARD (1897), WEWDENSKY (1898), CAMUSET (1902).

Des observations publiées par LAVERAN, PANAS, GOLDFLAM, HIGIER, suggèrent l'idée qu'elles peuvent se rapporter à la thrombo-angéite oblitérante; enfin l'étude des faits rapportés dans plusieurs travaux déjà anciens, notamment ceux de FRANÇOIS (1832), FOUCAUT (1862), ETIENNE (1887), montre l'existence d'états analogues.

Depuis le début du xx^e siècle, les travaux relatifs à cette forme nouvelle des artérites oblitérantes se sont multipliés, notamment depuis que, par des publications répétées, à partir de 1908, Léo BUEGER (qui donnait à cette affection le nom sous lequel on la désigne généralement en France comme dans les pays anglo-saxons) attira et retint l'attention des médecins.

Tous ces travaux sont cependant loin d'avoir la même valeur, car faute de s'être reportés d'une façon suffisamment attentive aux travaux nombreux et fort étendus de BUEGER, de ses devanciers et de ceux qui, depuis 1908, se sont occupés de ce problème ⁽¹⁾, un bon nombre de médecins ont rapporté comme étant des cas de maladie de BUEGER, des faits cliniques qui ne peuvent, à aucun titre, être comparés et rapprochés de la thrombo-angéite oblitérante telle que la conçoit BUEGER.

Cela tient, évidemment, à ce que nombre de médecins n'ont retenu, des renseignements incomplets glanés de ci de là, que quelques mots et quelques faits particulièrement frappants, véritables *leit-motiv* qui sont restés, dans leur esprit, le point de départ d'une *légende clinique* qui a fait naître nombre de méprises nosologiques; cette légende clinique on en retrouve la marque également dans certaines observations, et remarques faites à propos des troubles circulatoires des membres, et dans des travaux où l'on n'a nullement l'intention de rapporter l'observation d'un cas de maladie de BUEGER, mais dans lesquels l'auteur se propose d'étudier, soit l'ensemble, soit tel fait particulier se rapportant à l'étude des oblitérations artérielles.

(1) Parmi les travaux qui ont contribué à préciser et à fixer les caractéristiques de la thrombo-angéite oblitérante, il faut signaler ceux de PARKES WEBER (1912 à 1917), de RIEDEL (1911), de KOYANO (1922), de GOODMAN et GOTTESMANN (1914 à 1918), d'Ito (1910), de MAC ARTHUR (1920), d'OPPEL (1917), de PERLA (1925), de TODYA (1922), de TELFORT et STOPFORD (1924).

Ainsi, de toute évidence, il s'est créé, autour de la thrombo-angéite oblitérante, une véritable légende qu'il importe de combattre et de détruire; ce sera là le premier but que nous nous proposons dans le présent travail : *indiquer, d'après les travaux publiés depuis FRIEDLANDER, les caractères et les caractéristiques étiologiques de la thrombo-angéite oblitérante*; le rapprochement de quelques observations et d'un bon nombre de remarques, avec cette description, montrera à tout un chacun combien imprudentes ont été certaines publications, et combien différente est, en réalité, de cette prétendue Maladie de BUEGER qu'ont forgé de toutes pièces certains auteurs, la véritable thrombo-angéite oblitérante.

Mais ceci dit, empressons-nous de remarquer, et il fallait s'y attendre, que même une étude analytique attentive des travaux originaux de BUEGER, de ses devanciers et de ses successeurs, laisse la porte ouverte à des critiques fondées sur la constatation de beaucoup d'obscurités et de tout ce que l'on peut opposer à la valeur réelle des critères adoptés comme caractéristiques de la maladie.

Aussi, quand on considère l'idée que semblaient se faire nombre de médecins des particularités symptomatologiques, étiologiques, et anatomiques, de la maladie de BUEGER, on voit que cette idée ne correspond que de très loin à la description de cet auteur, dont elle n'est pas même un portrait estompé mais seulement une véritable caricature au travers de laquelle on ne peut même pas, le plus souvent, recon-

naître les traits particuliers de l'original. Mais, d'autre part, quand on compare les descriptions et conclusions de BUEGER ⁽¹⁾ avec les descriptions, constatations et conclusions de tous ceux qui ont étudié cette affection sans se méprendre sur sa véritable signification, on voit qu'il est nombre de points de détail qui sont discordants, et qu'il est nombre de points sur lesquels BUEGER s'appuie pour bâtir les théories explicatives de la thrombo-angéite oblitérante, qui sont loin d'avoir la solidité nécessaire pour servir de substratum à une théorie, et qui, par voie de conséquence, font douter de la légitimité et de la solidité des conclusions établies. *Critiquer certains points des conclusions formulées par BUEGER, points qui ont été surtout, notons-le en passant, l'origine des légendes qui se sont créées autour de la thrombo-angéite oblitérante*, sera le deuxième des buts que nous nous proposons.

Mais avant d'entrer dans le détail de cette étude, il nous apparaît nécessaire d'indiquer rapidement quel est l'ordre des erreurs que l'on entretient.

Comme preuve de l'inexactitude des conceptions erronées que se sont fait certains sur ce qu'ils dénomment la maladie de BUEGER, rappelons que la thrombo-angéite oblitérante est, d'une façon absolu-

(1) Si nous opposons ici, dans une certaine mesure, les travaux de BUEGER aux autres travaux relatifs à la thrombo-angéite oblitérante, c'est parce que les opinions de BUEGER représentent une position extrême du problème, et parce que les autres travaux relatifs à la thrombo-angéite oblitérante et qui ne sont pas ceux de BUEGER, apparaissaient comme totalement méconnus en général.

ment courante et commune, considérée : 1° *comme une affection nouvelle*, une nouvelle maladie tout récemment sortie de la boîte malencontreusement entr'ouverte de Pandore; 2° *comme une affection particulière à la race juive et spécialement au groupe Askanazym de cette race*; 3° *qu'elle atteint tout spécialement les sujets jeunes et d'âge moyen*; 4° *à cette maladie nouvelle on rattache la constatation d'une prétendue recrudescence des artérites oblitérantes*.

Avec ces quelques idées directrices comme guides, s'est, dans nombre d'esprits, bâtie la légende d'une affection ou maladie nouvelle caractérisée par les signes habituels des oblitérations artérielles (et leurs conséquences trophiques) et par le fait qu'elle s'observe chez des Juifs Askanazym, et principalement des sujets jeunes ou d'âge moyen; *de là à penser à l'existence de la maladie de BUEGER quand on constate les signes de l'artérite oblitérante chez des Hébreux du centre ou de l'est de l'Europe, il n'y avait qu'un pas, et ce pas a été bien souvent franchi*.

Nous allons donc examiner la valeur réelle éventuelle des caractéristiques étiologiques que l'on a assignées à cette affection désignée par WINIWARTER sous le nom d'*endarteritis obliterans*, par BUEGER sous le nom de *Thrombo-angeitis obliterans*, et que l'on peut, dans l'état actuel de nos connaissances, si l'on veut lui donner un nom d'auteur, et pour bien marquer les étapes de son identification, désigner sous le nom de *Maladie*, ou, mieux, de *Syndrome* de FRIEDLANDER, von WINIWARTER, MANTEUFFEL, BUEGER,

Nous nous emploierons tout d'abord à préciser quelle est la valeur réelle de quelques points (maladie nouvelle, incidence dans la race juive, sujets jeunes) qui semblent, à tort, s'être ancrés dans l'esprit de la majorité des médecins, et qu'ils considèrent comme une des caractéristiques de cette affection.

CHAPITRE III

La Thrombo-angeite oblitérante est-elle une affection nouvelle et particulière aux Hébreux ?

Comme nous venons de le dire, *pour beaucoup de médecins maladie de BUEGER est l'équivalent d'une maladie nouvelle sévissant chez les Juifs du groupe allemand-slave*, c'est-à-dire chez les Hébreux qui habitent ou proviennent des pays où les Juifs emploient, comme langue particulière, le jargon Yiddish, c'est-à-dire du groupe désigné parfois sous le nom d'Askanazym ⁽¹⁾.

Une telle conception est parfaitement erronée, et la simple analyse des travaux publiés et qui traitent de cette maladie démontre, comme nous le verrons, le bien-fondé des deux conclusions suivantes :

1° *la maladie de BUEGER n'est pas une maladie nouvelle;*

(1) Par opposition au groupe Sephardin ou Sephardim qui, parti de la péninsule Ibérique, a colonisé sur certaines côtes de la Méditerranée, notamment à Salonique.

2° *la maladie de BUEGER n'est nullement particulière aux Hébreux.*

Mais avant de pousser plus avant notre étude de ces deux conclusions, nous devons faire remarquer que, comme nous le verrons ultérieurement, BUEGER lui-même estime que *les seules constatations cliniques sont insuffisantes pour autoriser un diagnostic de thrombo-angéite oblitérante*; pour pouvoir affirmer ce diagnostic il faut avoir à sa disposition les renseignements fournis par l'examen anatomique (si possible même histologique), c'est donc dire *qu'il est difficile, dans le passé comme dans le présent, d'affirmer, sur la simple vue d'une observation clinique qui ne comporte pas d'examen anatomique et microscopique des vaisseaux du membre atteint, qu'il s'agit ou non d'une thrombo-angéite oblitérante*, et c'est dire que seuls les faits cliniques ayant abouti à l'amputation et au contrôle anatomique sont, pratiquement, des faits sur lesquels on peut tabler dans l'étude nosologique de cette variété d'oblitération artérielle.

Inversement, ce sont avant tout les considérations anatomiques qui peuvent nous guider pour juger rétrospectivement des faits que l'on peut légitimement ranger parmi les cas de thrombo-angéite oblitérante.

Enfin, parmi les observations qui sont aujourd'hui publiées sous le titre de thrombo-angéite oblitérante, ce sont encore les seuls faits anatomiques qui nous permettent de dire si un tel titre a été justement employé ou si, au contraire, l'auteur a, sur de simples

apparences, fait un emploi probablement abusif de ce terme.

Cette « réserve », fondée sur la présence ou l'absence de constatations anatomiques, dans un cas clinique que l'on veut utiliser pour préciser les particularités réelles de la thrombo-angéite oblitérante, est une « réserve » tout particulièrement nécessaire, *puisque BUEGER lui-même ne croit pas devoir admettre le bien-fondé d'un diagnostic de thrombo-angéite oblitérante qu'il porte sur la simple constatation des faits cliniques*; c'est pour ne pas avoir observé cette très sage règle de conduite que certains auteurs ont publié, sous le nom de maladie de BUEGER ou de thrombo-angéite oblitérante, des observations dont on peut dire, pour le moins, qu'elles sont prématurées puisqu'elles n'ont pas attendu la confirmation anatomique; et nous verrons combien deviennent sujets à caution un fait ou une conclusion cliniques qui, en l'occurrence, et dans une affection aussi mal fixée cliniquement, servent trop souvent de critère d'appréciation. C'est donc le critère anatomique que l'on doit exiger tout d'abord pour juger des particularités étiologiques.

Ces considérations anatomiques appliquées à la première des deux conclusions que nous étudions présentement nous montrent tout d'abord que d'assez nombreux faits cliniques ont été rapportés et étudiés en détail, qui doivent être identifiés avec les faits rapportés depuis 1908 par BUEGER et par d'autres; nous nous contenterons de rappeler que, depuis 1876,

FRIEDLANDER, von WINIWARTER, et de nombreux autres auteurs, parmi lesquels il faut signaler ZÆGE von MANTEUFFEL, WEISS, DUTIL et LAMY, FRAENKLE, CAMUSET, BORCHARD, HIGIER, pour ne citer que ceux qui ont rapporté les faits cliniques les plus probants, ont étudié des faits d'oblitération artérielle que tout autorise à identifier avec la thrombo-angéite oblitérante de BUERGER; de plus, quand on étudie les ouvrages plus anciens, quand on analyse attentivement les observations cliniques et anatomiques publiées depuis la fin du XVIII^e siècle (époque où la notion d'oblitération artérielle est apparue), et jusqu'à la moitié du XIX^e siècle, on constate, tantôt une extrême analogie, tantôt un vague air de ressemblance entre les faits anatomiques que BUERGER, après d'autres, considère comme caractéristiques de la thrombo-angéite oblitérante, et certaines particularités notées dans les observations et traités anciens.

Et puisque la connaissance de l'oblitération artérielle et l'identification anatomo-clinique des artérites oblitérantes est de date relativement récente dans l'histoire des sciences médicales, on est en droit d'affirmer que *rien n'autorise à considérer la maladie de BUERGER comme une affection éclosée récemment, et tout, au contraire, permet de penser que cette maladie est aussi ancienne que toutes celles qui aboutissent à l'oblitération artérielle et qui se traduisent cliniquement par un syndrome nettement caractérisé.*

Avec les mêmes réserves anatomiques, l'analyse des observations publiées avant et depuis BUERGER

nous montre aussi, et ceci se rapporte à la seconde des deux conclusions que nous étudions présentement, que certaines observations publiées comme des faits de maladie de BUEGER, et qui ont trait à des artérites oblitérantes observées chez des Juifs, ne peuvent en aucune façon être rangées avec certitude dans le cadre de cette maladie, car tout permet de penser qu'il s'agissait, dans certains de ces cas, soit d'une simple et banale oblitération artério-scléreuse survenue chez un Hébreu, ce qui n'a rien de bien neuf ni de bien particulier, soit d'une lésion que rien ne permet de taxer légitimement de thrombo-angéite oblitérante, puisque aucun examen anatomique n'a été fait; ainsi, nombre de faits classés Maladie de BUEGER ou Thrombo-angéite oblitérante (parce qu'ils ont été observés chez des Hébreux) sont venus, à tort, accentuer cette idée que se font certains de l'identité de cette maladie avec une affection particulière aux Hébreux.

Inversement, de nombreuses observations d'artérites oblitérantes, faisant leur entière preuve d'identité parfaite avec la maladie de BUEGER, ont été relevées chez des individus qui ne sont en aucune façon descendants de Juifs; telles sont, par exemple, les observations faites dans les races jaunes (chez des Japonais par KOYANO, ITO, TODYA; chez des Turcs par WIETING; chez des Chinois par WHYTE; chez des Coréens par LUDLOW), et dans la race blanche (chez des Anglais non sémites, par TELFORT et STOPFORD; chez des Allemands non sémites également par divers auteurs); ajoutons à ces faits, les nombreuses obser-

vations relatives à des cas observés, dans la race blanche et chez des individus non sémites, observations qui figurent notamment dans le travail de CAMUSET. En somme, il existe un nombre fort important de cas de thrombo-angéite oblitérante survenue chez des individus qui ne sont pas des Hébreux, ce qui démontre que la thrombo-angéite oblitérante s'observe ailleurs que dans la race juive.

D'autre part, comme nous le verrons ultérieurement, diverses circonstances ont contribué à exagérer l'importance numérique relative des faits de thrombo-angéite oblitérante observés chez des Hébreux.

Ainsi l'étude des faits montre donc, d'une part que l'électivité de la maladie chez les Hébreux a été exagérée, d'autre part, que la maladie existe dans d'autres races; cet ensemble de constatations démontre donc tout d'abord le bien-fondé de notre deuxième conclusion, *l'affirmation que la thrombo-angéite oblitérante (appelée par certains Maladie de BUEGER) n'est nullement particulière à la race juive.*

Ainsi, l'impression qui se dégage des conclusions de BUEGER, impression qui est encore exagérée par nombre d'entre ceux qui ont cru observer des cas de thrombo-angéite oblitérante, impression qui a abouti à considérer la thrombo-angéite oblitérante comme étant une *artérite oblitérante non syphilitique des Hébreux*, est donc absolument fausse, radicalement fausse, puisque la race juive n'a, en aucune façon, l'apanage de fournir les victimes de cette variété d'oblitération artérielle.

On se demande, dès lors, comment et pourquoi BUEGER a pu être amené à conclure, sinon à la quasi-exclusivité de la thrombo-angéite oblitérante chez les Hébreux, tout au moins à une toute particulière électivité de cette maladie dans la race juive, électivité qui, dans les conclusions de BUEGER, serait si considérable qu'elle équivaldrait à une exclusivité ⁽¹⁾. Si les conclusions de BUEGER étaient fondées, si la proportion était telle qu'il l'indique, la race juive témoignerait évidemment d'une toute particulière aptitude à contracter une telle maladie. Mais les faits observés par BUEGER, et surtout l'interprétation qu'il en donne, ne sont-ils pas sujets à commentaires et à rectifications ?

Etudier ces faits, c'est, évidemment, répondre en même temps à la question que l'on peut se poser : la race juive témoigne-t-elle d'une particulière aptitude à contracter la thrombo-angéite oblitérante ?

Mais, tout d'abord, que dit BUEGER sur ce point relatif à l'incidence de la thrombo-angéite oblitérante chez les Hébreux ?

Comme nous venons de le voir, BUEGER constate que ses observations ont en quasi-totalité trait à des individus de race hébraïque ; dans le récent ouvrage qu'il consacre à l'étude d'ensemble du problème et qui groupe la totalité de ses observations, BUEGER écrit en effet : « Il est intéressant de noter que seulement

(1) BUEGER écrit en effet : « De plus, il est intéressant de noter que seulement 4 cas parmi 500 n'appartenaient pas à la race sémite. »

4 cas parmi 500 n'appartenaient pas à la race sémite. »

Il écrit en outre : « Dans une série de 100 cas consécutifs réunis en 1916, il y avait 100 Hébreux; dans 400 autres cas observés, il y avait seulement 10 gentils » ⁽¹⁾. Parmi les 100 Juifs des observations de 1916, atteints de thrombo-angéite oblitérante, 76 individus étaient nés en Russie, 17 en Autriche, 3 en Amérique (mais d'origine étrangère), 2 en Roumanie, 1 en Allemagne, 1 en Turquie.

Toutes ces conclusions de BUEGER font donc penser que si la race juive n'est pas seule touchée ⁽²⁾, elle est atteinte avec une électivité telle que les non sémites peuvent être considérés comme des accidents, des exceptions qui confirment la règle.

A regarder les faits d'un peu plus près on voit qu'il n'en est rien; BUEGER rapporte, il est vrai, un nombre fort imposant d'observations parmi lesquelles les Juifs sont presque exclusivement représentés, mais en regard des 500 cas rapportés par BUEGER, ne voyons-nous pas plusieurs centaines de cas observés chez des Japonais par KOYANO et d'autres auteurs ⁽³⁾, et ne pouvons-nous pas penser que cette prédominance considérable des Hébreux dans les statistiques

(1) Il faut noter et souligner d'ailleurs, le caractère contradictoire de deux passages voisins du travail de BUEGER; page 276 de ce travail, BUEGER écrit la phrase que nous venons de rapporter, page 277 il écrit la phrase précédente. Dans l'une de ces phrases il évalue à 4 le nombre des non Sémites et dans la phrase suivante il évalue ce même nombre à 10.

(2) Les constatations de BUEGER que nous venons de rapporter indiquent donc une proportion de 98 % de Juifs.

(3) KOYANO, par exemple, a réuni de 1900 à 1921 120 cas chez des Japonais.

de BUEGER est une conséquence nécessaire et inévitable des conditions dans lesquelles se trouvait cet auteur ?

New-York est, en effet, une ville dont la population sémite est tout particulièrement nombreuse, si nombreuse même qu'elle fait de cette ville la véritable métropole juive du monde; New-York est, de plus, le point d'impact où tous les immigrants juifs abordent la terre américaine. Dans de telles conditions certains hôpitaux de New-York deviennent l'équivalent d'hôpitaux confessionnels, car leur fréquentation est presque exclusivement, sinon exclusivement hébraïque.

En rapport avec ces remarques, nous constatons que la plupart des observations reproduites par BUEGER proviennent du Mont Sinai Hospital, et l'on serait heureux de voir indiqué, dans ces conditions, le pourcentage des Hébreux et des non-Hébreux admis annuellement dans cet hôpital; on trouvera probablement là l'explication de cette formidable prédominance enregistrée par BUEGER, de la thromboangéite oblitérante chez les Hébreux.

Les renseignements qui nous ont été fournis par des médecins européens qui ont visité le Mont Sinai Hospital et d'autres hôpitaux newyorkais, confirment cette manière de voir.

Les constatations de PERLA au Montefiore Hospital de New-York nous renforcent dans cette opinion que les résultats fournis par les statistiques de BUEGER sont la conséquence d'un recrutement particulier du

milieu dans lequel il exerce; Perla qui a pu réunir au Montefiore Hospital, 11 observations consécutives de thrombo-angéite oblitérante, note que 40 de ses 41 patients étaient des Juifs, *mais cette constatation qui, en apparence, devrait renforcer la conclusion de BUEGER, cesse d'avoir aucune valeur quand on considère d'autre part que 95 % des malades hospitalisés au Montefiore sont des Juifs* ⁽¹⁾.

Ainsi on doit donc formuler les plus expresses réserves sur le caractère, démonstratif en apparence, mais absolument contestable en réalité, des conclusions de BUEGER quant à l'existence d'une considérable prédilection de la thrombo-angéite oblitérante pour la race juive.

Rien de probant n'autorise donc à penser que l'organisme des Hébreux soit, par suite de conditions de race, considérablement plus fragile vis-à-vis de la thrombo-angéite oblitérante que celui des autres races, mais on peut se demander toutefois s'il ne crée pas une légère prédisposition à la maladie.

Comme nous venons de le voir, les statistiques de PERLA ne sont pas en faveur d'une telle conclusion, mais il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle, si l'on fait le total des cas connus de thrombo-angéite oblitérante, en opposant ceux qui sont observés chez

(1) Les deux proportions sont en harmonie puisque, parmi les patients atteints de thrombo-angéite oblitérante, il y a 97,5 % de Juifs et qu'il y en a 95 % dans la population hospitalisée.

Rappelons, d'autre part, que les observations de BUEGER (Mont Sinai Hospital) indiquent 98 % de Juifs dans la thrombo-angéite oblitérante.

des Hébreux à ceux qui sont survenus chez des non-Hébreux (chez des Gentils pour employer une vieille expression hébraïque dont se sert BUEGER), les observations faites chez des Juifs sont encore en majorité, où, en tous cas, ne sont pas en proportion du nombre des individus appartenant respectivement à la race juive et aux autres races.

Peut-être n'y a-t-il là encore, d'ailleurs, qu'une apparence due à ce que BUEGER (qui s'est employé avec beaucoup de persévérance et de patience à rechercher cette catégorie de malades) apporte un bloc imposant de 500 observations recueillies dans des conditions un peu particulières, tandis que, dans d'autres villes ou d'autres pays, on méconnaît ou on décrit sous d'autres noms des cas de thrombo-angéite oblitérante qui, s'ils étaient portés en compte, retourneraient la proportion. Comme nous le verrons ultérieurement, en étudiant les faits relatifs aux artérites juvéniles et préséniles, cet argument semble bien être fondé.

Ce qui indique indirectement que l'élément race n'entrerait probablement pas d'une façon importante pour commander l'apparition de la thrombo-angéite oblitérante, ce sont les particularités de l'incidence de cette maladie parmi les Hébreux.

Si l'on ajoute à cela l'argument qui résulte de la richesse considérable, par comparaison avec les statistiques européennes, et quelles que soient les maladies, du nombre des cas figurant dans les statistiques

américaines, on se demande s'il existe même une prédominance dans la race juive.

Ne considérant en effet que les seuls cas de thrombo-angéite oblitérante observés à New-York, chez des Hébreux, on note en effet que la très grande majorité des Juifs atteints de thrombo-angéite oblitérante (qui figurent dans les observations de BUERGER et dans celles de PERLA) appartiennent au groupe allemand-slave, au groupe Askanazym de la race hébraïque.

Comme nous l'avons vu précédemment, sur 100 cas consécutifs (tous des Hébreux) observés par BUERGER, il y avait 76 individus nés en Russie, 17 en Autriche, 3 en Amérique (mais d'origine étrangère), 3 en Roumanie, 1 en Allemagne, 1 en Turquie. Notons aussi que les 40 Juifs atteints de thrombo-angéite oblitérante observés par PERLA provenaient tous de Russie, de Pologne, de Roumanie.

Ainsi, s'il fallait appliquer sans les raisonner, les résultats de ces constatations statistiques, il faudrait conclure, non pas à l'électivité de la thrombo-angéite oblitérante chez les Hébreux, mais à *l'électivité de cette maladie dans le groupe hébraïque allemand-slave*, ce qui est, au point de vue ethnique, un non sens.

Qui plus est, les conditions dans lesquelles se forme et se recrute le peuple des Etats-Unis de l'Amérique du Nord, sont en contradiction avec les résultats bruts de ces statistiques; en effet, ces Juifs qui, chaque année, immigrent aux Etats-Unis, en provenance de l'Europe du centre et de l'est, ne reviennent

pas en Europe ; ils se fixent en très grande majorité sur la terre américaine ; si, donc, le seul fait d'appartenir au groupe allemand-slave de la race hébraïque était la condition prédisposante nécessaire à l'éclosion de la thrombo-angéite oblitérante, on ne voit pas pourquoi seuls les individus personnellement immigrés, et surtout ceux qui sont récemment immigrés, seraient atteints, à l'exclusion des descendants directs de ces immigrés. Il y a là une contradiction trop évidente pour que l'on puisse admettre la prédominance d'une influence de race dans la genèse de cette affection.

Si le facteur prédisposant principal était ce facteur de race, on ne comprendrait en effet pas pourquoi les Hébreux fixés à New-York depuis assez longtemps (mariés entre eux et n'ayant rien eu d'altéré à leur race) seraient beaucoup plus épargnés que leurs frères de race récemment immigrés.

Comme nous venons de le voir, sur 100 Hébreux atteints de thrombo-angéite oblitérante observés en 1916 par BUEGER, 3 seulement étaient des Juifs américains, les 97 autres étaient personnellement venus depuis plus ou moins longtemps de l'Europe Centrale ⁽¹⁾. *Ce ne sont donc pas, dans les statistiques de BUEGER, des Juifs, descendants plus ou moins éloignés d'Hébreux provenant de l'Europe centrale et de l'est, qui sont frappés par la thrombo-angéite oblitérante* (individus qui sont en très grand nombre à New-York),

(1) L'étude des observations publiées donne éventuellement des indications tendant à faire penser que nombre de ces patients étaient en Amérique depuis assez peu de temps.

mais ce sont, ce qui est absolument différent et fort important pour le problème qui nous occupe, des Hébreux de récente immigration à New-York, en provenance de ces pays.

Pour qui connaît les conditions sociales dans lesquelles vivaient, voici seulement quelques années, les Juifs du centre et de l'est de l'Europe, pour qui connaît l'état de profonde misère dans laquelle était la très grande majorité de ces Hébreux immigrants en Amérique, il apparaît, fait qui cadre parfaitement avec les statistiques de BUEGER, que ce n'est pas le fait d'appartenir à la race juive, ni même au groupe Askanazym, qui domine dans ce cas, mais, selon toute apparence, que ce sont les conditions particulières dans lesquelles avaient vécu ces Hébreux immigrés en Amérique, avant, et peut-être depuis, leur arrivée à New-York, qui ont pu intervenir.

Il faut noter, de plus, ce qui confirme ce que nous venons de dire, que, dans le contingent de malades atteints de thrombo-angéite oblitérante, les divers pays dont proviennent les patients (figurant dans les observations de BUEGER) sont représentés, non pas uniquement en proportion de leur population juive et de l'émigration hébraïque aux Etats-Unis et à New-York en particulier, mais en proportion de l'état de misère sociale et de persécution politique ⁽¹⁾ dans lesquelles vivent les Juifs habitants de ces pays.

(1) Cette condition ayant pour conséquence évidente la vie en collectivités juives qui conservent certaines habitudes particulières.

Ceux qui ont vécu en Amérique du Nord nous apprennent qu'à New-York la population juive y est fort nombreuse et constitue une très notable partie de la population totale de la ville; on apprend aussi que les Juifs de l'est et du centre de l'Europe qui immigraient aux Etats-Unis étaient, au moins avant la guerre, en quasi-totalité dans une misère sociale profonde, qu'ils débarquaient tous à New-York où ils séjournaient dans des quartiers exclusivement juifs et où ils continuaient pour un temps leur vie de misère, jusqu'à ce que les communautés juives aient trouvé à les employer, notamment en les répartissant dans les autres villes des Etats-Unis. Après quelques années, en tous cas à la génération suivante, une bonne partie de ces immigrés ont atteint à un degré de fortune qui entraîne la transformation des mœurs, la renonciation au genre de vie pratiqué dans les quartiers juifs pauvres de New-York, et l'adaptation, au moins partielle, au genre de vie des Américains.

Les faits qui résultent de l'analyse attentive des statistiques de BUEGER semblent montrer, comme nous l'avons vu, que la thrombo-angéite oblitérante se raréfie, dans la race juive, à New-York, parallèlement à l'enrichissement et à l'adaptation des Hébreux à la vie américaine.

Il y a là une constatation qui mérite d'être retenue, car la race ne s'étant évidemment pas modifiée, on voit l'incidence de la maladie changer avec le changement des conditions sociales.

Il apparaît donc, à analyser attentivement les faits,

que l'on ne peut même pas, comme le pense BUEGER, dire que la race juive est un terrain de prédilection quasi-exclusif de la thrombo-angéite oblitérante, mais que, par l'intermédiaire de cette race, certaines conditions qui sont d'incidence particulièrement fréquente dans la vie des Hébreux, sont mises en évidence.

Terminant ce premier chapitre de notre étude, nous pouvons donc, répondant aux questions que nous nous posions au début, dire que la thrombo-angéite oblitérante n'est ni une maladie nouvelle, ni une maladie particulière à la race juive; qui plus est, nous pouvons dire que, selon toute apparence, les constatations statistiques faites à New-York, et qui indiquent une quasi-exclusivité de la maladie chez les Juifs provenant de l'Europe Centrale et de l'Europe de l'Est, semblent tout simplement mettre en lumière indirectement (par l'intermédiaire de l'immigration des Hébreux européens), l'intervention de certains facteurs tenant au mode de vie des individus.

CHAPITRE IV

La Thrombo angéite oblitérante de Buerger doit-elle être ou non identifiée avec l'artérite juvénile et distinguée de l'artérite syphilitique.

Nous venons de voir que rien n'autorise à identifier, comme on le fait ordinairement, la thrombo-angéite oblitérante (dénommée aussi maladie de BUEGER) avec une soi-disante entité anatomo-clinique d'*artérite oblitérante non syphilitique des Hébreux*; la thrombo-angéite oblitérante n'est pas, en effet, particulière aux Hébreux, et s'il existait une variété d'oblitération artérielle particulière aux Hébreux, ce n'est évidemment pas la thrombo-angéite oblitérante qui pourrait la représenter à elle seule; il faut donc retrancher le qualificatif racial que l'on a accolé à la définition de cette maladie.

Mais il reste le qualificatif *non syphilitique*. Voyons donc si l'on est en droit d'opposer la thrombo-angéite oblitérante à une prétendue artérite oblitérante syphilitique et si le terme artérite oblitérante non syphilitique a un sens anatomo-clinique véritable.

De plus, notons que d'aucuns, parlant de ces formes de thrombo-angéite oblitérante, les ont qualifiées d'*artérite juvénile*, ou encore d'*artérite présénile*; nous devons également nous efforcer de reconnaître si un tel rapprochement est justifié.

Ce sont ces deux points : *Rôle de la syphilis, Identité ou non-identité de l'artérite juvénile et de la thrombo-angéite oblitérante*, que nous allons maintenant examiner en commençant cette analyse par le problème de l'artérite juvénile.

Depuis longtemps, depuis l'époque (moins lointaine qu'on ne le pense généralement) où l'on a compris qu'il faut rapporter certains accidents de sphacèle du pied à une oblitération des artères, on a accoutumé de désigner les accidents trophiques de sphacèle produits par les artérites oblitérantes sous le nom de *gangrène sénile*, et l'emprise des mots est telle, qu'encore aujourd'hui beaucoup de médecins considèrent la gangrène sèche (le sphacèle) des sujets non séniles comme une anomalie dont la constatation cadre bien avec l'idée d'une maladie nouvelle; pour beaucoup, *maladie de BUEGER est donc synonyme d'artérite oblitérante juvénile et artérite oblitérante juvénile est synonyme de maladie de BUEGER*.

Voyons si l'une ou l'autre de ces deux propositions est fondée : BUEGER note que, dans ses observations, l'âge des patients (au moment où sont apparus les premiers symptômes révélateurs de la maladie) varie de 17 à 56 ans; l'apparition de la gangrène (qui était souvent le signe qui amenait les malades à consulter)

se produisant dans un délai variant de 8 mois à 12 ans après l'apparition du premier symptôme; l'âge moyen des patients (moyenne des âges) étant, dans les observations de BUERGER, de 32 ans et 5 mois (disons de 32 à 33 ans), mais BUERGER fait remarquer qu'à son avis, ces chiffres sont trop hauts, car « *il est très difficile d'estimer l'âge exact auquel la maladie commence* » (par suite de la nature insidieuse du début, et parce que le début est méconnu dans beaucoup de cas).

KOYANO, dans les 120 cas recueillis chez des Japonais, indique que la plupart des faits observés se rapportaient à des individus de 20 à 40 ans. PERLA note, parmi 41 cas observés, que l'âge du début de la maladie était compris dans tous ces cas entre 20 ans et 45 ans (âges extrêmes), et la répartition des patients suivant l'âge était la suivante :

3 cas de 20 à 25 ans,			
16	»	25 à 30	»
5	»	30 à 35	»
11	»	35 à 40	»
5	»	40 à 49	»

Mais il faut remarquer que l'âge auquel avaient atteint les malades au moment où ils ont été hospitalisés et observés par PERLA, est de beaucoup postérieur aux âges indiqués par ces chiffres, puisque cet âge d'hospitalisation s'était produit :

19 fois de 1 à 5 ans après les premiers troubles,	
14 » 6 à 10 »	»
4 » 11 à 15 »	»
4 » 16 à 20 »	»

Si l'on n'envisage plus seulement l'âge d'apparition des premiers troubles qui, rétrospectivement, peuvent être rapportés à l'artérite oblitérante (quelle que soit sa nature), mais si l'on envisage seulement l'âge du malade au moment où il est atteint des accidents qui sont ceux que l'on considère comme caractéristiques de la gangrène sénile, on voit que l'âge atteint par les patients n'est pas, dans les faits classés thrombo-angéite oblitérante (ou encore maladie de BUEGER), aussi considérablement éloigné qu'il apparaît au premier abord de l'âge des gangrènes par artérite oblitérante relevant d'autres causes.

Ainsi, la maladie de BUEGER et la gangrène sénile se chevauchent l'une l'autre à leurs âges limites, mais il est absolument évident que, dans son ensemble, la maladie de BUEGER, si maladie il y a, et le sphacèle qu'elle détermine, survient à un âge qui est nettement moins élevé que celui de la gangrène sénile.

Bien qu'une telle limite soit évidemment artificielle, puisque dans ce domaine plus qu'en aucun autre on n'a que l'âge de ses artères, on peut dire du sphacèle consécutif à l'oblitération artérielle, qu'il est juvénile avant 45 ans, présénile de 45 à 65 ans, et sénile après 65 ans.

Dans une semblable conjoncture, *on peut conclure*

que les cas rapportés de maladie de BUEGER (ou thrombo-angéite oblitérante) appartiennent aux variétés juvéniles et préséniles, et tout particulièrement à la première de ces deux variétés, de la gangrène sèche par oblitération artérielle.

La proposition inverse, celle qui consiste à dire que l'artérite juvénile est synonyme de maladie de BUEGER, doit maintenant être discutée.

Il faut, à ce propos, remarquer tout d'abord, à simple titre d'indication, que les renseignements fournis par les constatations nécropsiques faites chez de nombreux sujets, ont montré l'existence d'une artério-sclérose caractérisée chez des sujets jeunes, et parfois même chez des sujets très jeunes. Du point de vue théorique, donc, on serait en droit de penser qu'il est impossible de dire de l'endartérite oblitérante (notamment sa forme artério-scléreuse) qu'elle ne peut, quand elle entraîne des accidents trophiques de sphacèle, provoquer autre chose que de la gangrène sénile.

Mais l'examen plus attentif des faits nous montre qu'il y a là une opposition plus théorique que réelle.

Dans la fort importante thèse qu'il a consacrée à l'étude des formes cliniques des oblitérantes artérielles, PAUPERT-RAVAULT note que sur un total de 53 observations, il relève 10 cas d'artérites oblitérantes précoces ou juvéniles, c'est-à-dire des faits d'artérite oblitérante « s'observant chez des adultes n'ayant pas dépassé la cinquantaine » ; les patients qui se rapportent à ces observations étaient d'un âge com-

pris entre 31 et 49 ans; l'âge de chacun des patients (au moment où leur observation a été recueillie), se répartissait de la manière suivante :

3	avaient de	30 à 35 ans,
1	»	36 à 40 »
3	»	41 à 45 »
3	»	46 à 50 »

Il faut noter, de plus, comme on le constate en lisant ces observations publiées par PAUPERT-RAVAULT, que le début des accidents (les premiers signes révélateurs) remontait à une date plus ou moins éloignée (parfois une dizaine d'années) du moment où l'observation a été prise.

Ainsi, dans une série de 53 observations d'artérites oblitérantes on trouverait 20 % d'artérites juvéniles.

Parmi la centaine de cas d'artérites oblitérantes observés par A.-C. GUILLAUME, il y a 7 cas d'artérite qui n'appartiennent pas au groupe sénile.

Au moment où les malades ont été observés par A.-C. GUILLAUME, leur âge se répartissait de la manière suivante :

De 30 à 35 ans.....	4 cas
de 35 à 40 ans.....	1 cas
de 45 à 50 ans.....	2 cas

Le début des accidents cliniques pouvait être chez ces malades situé de la manière suivante :

de 20 à 25 ans.....	1 cas
de 25 à 30 ans.....	1 cas

de 30 à 35 ans..... 3 cas

de 40 à 45 ans..... 7 cas

La gangrène a été observée chez cinq de ces sept patients; elle s'est produite 10 ans, 7 ans, 3 ans (2 fois) et 2 ans après les premiers troubles douloureux; dans un cas la gangrène fut bilatérale à quelques mois d'intervalle (l'apparition de la claudication intermittente étant suivie à 6 semaines d'intervalle d'un sphacèle commandant une deuxième amputation); dans un autre cas, le sphacèle d'un orteil à l'un des pieds, celui de deux orteils à l'autre pied, se produisit à un an d'intervalle.

Les accidents observés chez les deux autres malades se limitaient à la claudication intermittente; ces deux malades furent suivis pendant plusieurs années sans qu'il apparaisse de sphacèle.

Nous résumons d'ailleurs, dans le tableau suivant, les indications relatives à ces observations :

DATE APPARITION PREMIERS TROUBLES	DATE APPARITION GANGRÈNE	PRINCIPAL TROUBLE OBSERVÉ LORS DU PLUS RÉCENT EXAMEN
Cas I, 20 à 25 ans.	30 à 35 ans	Sphacèle d'un pied.
Cas II, 25 à 30 ans.	pas	Claudication intermittente.
Cas III, 30 à 35 ans.	30 à 55 ans	Sphacèle d'un pied.
Cas IV, 30 à 35 ans.	35 à 40 ans	Sphacèle de deux pieds.
Cas V, 40 à 45 ans.	pas	Claudication intermittente.
Cas VI, 40 à 42 ans.	45 à 50 ans	Sphacèle orteils aux deux pieds.
Cas VII, 30 à 35 ans.	30 à 35 ans	Sphacèle du gros orteil

Ces quelques faits relatifs aux observations personnelles de A.-C. GUILLAUME et aux observations recueillies par PAUPERT-RAVAULT dans sa thèse, montrent bien que l'artérite juvénile, bien que beaucoup moins fréquente que l'artérite oblitérante sénile, est loin de constituer une rareté clinique; et si on fait état, dans les observations faites par A.-C. GUILLAUME et par PAUPERT-RAVAULT, des sujets ayant, au moment où les troubles (douleurs, claudication intermittente, sphacèle) les ont amené à être traités, atteint un âge compris entre 50 et 60 ans, on voit cette proportion augmenter très sensiblement.

De plus, l'étude des faits rapportés dans la littérature médicale montre l'existence d'observations, telles celles de BOND (1895), de MATANOVITCH (1901), se rapportant à des faits d'artérite juvénile atteignant des sujets jeunes, parfois même des adolescents de 14 et 15 ans.

Enfin les observations recueillies par divers auteurs, notamment par CAMUSET (1902), sont autant de preuves de la relative fréquence de ces artérites oblitérantes juvéniles. Cela indique, de toute évidence, qu'il n'est ni exceptionnel ni même rare d'observer l'artérite oblitérante des membres (et les accidents qui en sont révélateurs) à un âge et chez des sujets qui sont dans des conditions de conservation physique générales qui excluent toute idée de sénilité; d'ailleurs, en outre de ces artérites juvéniles que l'on observe avant 45 ans, il est, d'après l'âge, nous l'avons vu, une autre catégorie d'artérite oblitérante que l'on

ne peut pas non plus qualifier de sénile; c'est celle qui qui se rapporte aux faits d'artérite oblitérante observés de 45 à 65 ans, disons, pour ces dernières, qu'on peut tout au plus les nommer *préséniles*.

Il faut donc, dans la discussion de ce problème, retenir trois catégories différentes d'artérites oblitérantes :

- 1° les *artérites juvéniles* (avant 45 ans);
- 2° les *artérites préséniles* (de 45 à 65 ans);
- 3° les *artérites séniles* (après 65 ans).

Peut-on maintenant, comme on le fait en général aujourd'hui, identifier l'artérite juvénile ou l'artérite présénile, avec la thrombo-angéite oblitérante, et identifier l'artérite sénile avec l'artérite oblitérante artério-scléreuse?

Tout le nœud du problème se ramène donc à une discussion d'ordre anatomo-clinique : l'étude des caractéristiques des lésions constatées dans l'une et dans l'autre forme des oblitérations artérielles; car il est bien évident que la connaissance de l'existence, en pathologie générale, de cas d'artério-sclérose oblitérante notés dans certaines artères chez des sujets jeunes, ne serait que de peu de poids si on les comparait à des constatations éventuelles montrant que dans le syndrome clinique de l'oblitération artérielle juvénile des membres, ce sont toujours les lésions de la thrombo-angéite oblitérante qui sont observées.

Il n'est pas dans notre intention d'entreprendre ici la discussion d'un problème qui nous conduirait à faire une étude minutieuse des conditions anatomiques

(macroscopiques et microscopiques) que l'on observe dans les artérites oblitérantes aux différents âges de la vie, c'est-à-dire, en d'autres termes, d'entreprendre l'étude de l'anatomie pathologique de la thrombo-angéite oblitérante, étude qui sera faite dans la thèse de notre ami RAMIREZ, inspirée par notre Maître le Docteur GUILLAUME; nous nous contenterons donc de dire, sur ce point, que ses constatations anatomiques amènent A.-C. GUILLAUME à penser que, dans l'oblitération artérielle des sujets jeunes, la thrombose avec organisation du caillot est une modalité anatomique fréquente sinon constante, alors que l'endartérite proliférante (complétée ou non par un thrombus organisé) est une modalité anatomique des sujets âgés. Cette constatation anatomique (qui cadre parfaitement avec les faits rapportés par PAUPERT-RAVAULT), et d'autres constatations d'ordre anatomique et d'ordre clinique, conduisent A.-C. GUILLAUME à penser que *la thrombo-angéite oblitérante, dénommée Maladie de BUEGER, n'est peut-être rien autre chose qu'une modalité anatomique juvénile des artérites oblitérantes, quelle que soit la cause de ces artérites oblitérantes d'ailleurs*; ce serait, en somme, une modalité réactionnelle anatomique qui serait beaucoup plus dépendante de l'âge des patients que d'une cause particulière éventuelle. *et la soi-disant Maladie de BUEGER serait alors une modalité anatomique particulière, beaucoup plus, en somme, qu'une modalité étiologique.*

A ce titre, et pour nous qui étudions l'étiologie de la thrombo-angéite oblitérante, cette conclusion mérite

d'être retenue et examinée du point de vue des critiques que l'on peut adresser à la conception étiologique de BUEGER et de ceux qui ont adopté ses vues, retenons donc, sans nous prononcer, et à titre d'indication, cette conclusion de A.-C. GUILLAUME, et bornons-nous à constater que, du seul point de vue étiologique, on ne peut conclure sur une éventuelle assimilation de l'artérite juvénile et de la maladie de BUEGER.

Pour le moment, bornons-nous à remarquer que : gangrène juvénile, gangrène sénile, ne peuvent, légitimement, rien indiquer d'autre qu'un rapport entre l'âge des patients et l'état clinique caractérisé par un sphacèle par oblitération artérielle; ces deux termes ne peuvent, en tous cas, être respectivement liés, *à priori*, d'une façon nécessaire, et du seul point de vue étiologique, à la maladie de BUEGER d'une part, à l'artério-sclérose d'autre part.

Il nous faut examiner maintenant quels peuvent être les rapports existants entre la syphilis et la thrombo-angéite oblitérante.

On s'accorde à rejeter l'intervention de la syphilis comme cause de la thrombo-angéite oblitérante et l'on se fonde surtout, ce faisant, sur une conclusion de BUEGER. Cet auteur écrit en effet : « *La syphilis a été considérée par certains comme une cause possible, mais une étude des antécédents et de la réaction de Wassermann chez plus de 30 cas, a montré que la syphilis n'est pas responsable.* »

A la suite de cette conclusion que BUEGER formule

comme conséquence des recherches faites avec KALISKI (en 1910), on a communément rejeté toute espèce d'intervention de la syphilis dans l'étiologie de la maladie, et considéré, nous l'avons vu, la thrombo-angéite oblitérante comme une *thrombo-angéite non syphilitique des Hébreux*.

La conclusion formulée par BUEGER est cependant de celles qu'on ne peut admettre sans discussion; il n'est pas, en effet, un syphiligraphe qui, aujourd'hui, puisse admettre qu'on élimine radicalement l'intervention de la syphilis dans un processus morbide sur les seuls résultats négatifs d'une enquête faite dans les antécédents et par la réaction de B.-W.

Chacun sait, en effet, que l'absence, dans les antécédents, d'événements orientant la pensée vers l'hypothèse d'une syphilis, est une éventualité fréquente dans des cas où la syphilis existe cependant de toute évidence; chacun sait aussi que la constatation d'un B.-W. négatif ne permet en rien d'éliminer la syphilis.

Il importe d'ailleurs de distinguer, dans l'intervention de la syphilis en pathologie, les processus morbides dans lesquels la syphilis prend une part active (où l'état morbide s'accompagne de manifestations humorales et dans lesquels il est fortement influencé par le traitement), et les états dans lesquels la syphilis intervient d'une manière indirecte, en quelque sorte, à longue échéance (par l'intermédiaire des désordres humoraux et glandulaires du milieu des sécrétions intérieures, ou par l'intermédiaire du sys-

tème nerveux), pour provoquer l'apparition de lésions qui n'ont plus un caractère directement spécifique, et qui, en tous cas, sont loin d'être aussi nettement influencées par un traitement spécifique que les lésions actives.

En outre, et en rapport avec ces résultats statistiques fournis par BUEGER, on est en droit de s'étonner de la série heureuse qu'ont rencontrée BUEGER et KALISKI dans les 30 cas consécutifs qu'ils ont soumis à une enquête attentive; la fréquence relative de la syphilis dans l'espèce humaine est telle, en effet, qu'on s'étonne de voir que l'on puisse, à moins d'une série anormale, conclure qu'il n'y a pas un seul individu entaché de syphilis sur trente individus non choisis, pris dans des familles différentes, et examinés consécutivement.

Ainsi, en interprétant, au mieux de ses conclusions, les résultats fournis par BUEGER, on ne peut aller au delà d'une conclusion affirmant *qu'une syphilis active n'est pas probablement en cause dans la thrombo-angéite oblitérante.*

Si tels sont les résultats et observations faits par BUEGER et KALISKI, nous trouvons des indications quelque peu différentes en analysant un travail de PERLA.

Parmi les 41 malades qu'a examinés PERLA, le B.-W. fut négatif chez les 4/5^e des patients, mais faiblement positif chez 1/5^e (et cela sans traitement de réactivation). KOYANO signale que le B.-W. est *habituellement* négatif chez les 120 malades qu'il a observés.

Voilà qui diffère déjà sensiblement des résultats observés par BUEGER, et voilà des faits qui sont plus en harmonie avec ce que nous savons de la fréquence relative de la syphilis. Certes, il ne nous vient pas un seul instant à l'idée de soutenir, au nom de ces faits, que la syphilis intervient directement, d'une façon possible, nécessaire ou éventuelle, dans la genèse de la thrombo-angéite oblitérante, nous le pensons d'autant moins d'ailleurs, que de nombreux arguments viennent à l'encontre d'une telle hypothèse.

En effet, en ce qui concerne les altérations observées dans les tuniques des moyennes artères, nous en sommes encore à attendre qu'on fournisse un critère anatomique indiscutable de la nature spécifique de ces lésions, et ce n'est certes pas l'atteinte de la tunique moyenne (signe que TRIPIER assigne à la syphilis dans les aortites) qui peut faire changer notre opinion; en outre de ce que cette atteinte de la tunique moyenne des artères perd toute espèce de caractère de spécificité pour ce qui est des artères périphériques, les lésions de la thrombo-angéite oblitérante indiquent, en général, l'absence ou la médiocre importance de l'atteinte de la média.

Ne trouvant pas dans les faits anatomiques de preuves indiscutables de sa genèse, la syphilis oblitérante des gros troncs périphériques ne trouve pas non plus, dans les faits d'ordre clinique, un élément de démonstration; car, bien qu'il existe, de toute évidence, des artérites syphilitiques secundo-tertiaires caractérisées par des lésions de panartérite, *on doit*

dire que la syphilis se traduit cliniquement, en général, dans la circulation périphérique, par des troubles circulatoires et trophiques graves (pouvant aller jusqu'au sphacèle), dans lesquels, comme l'a montré A.-C. GUILLAUME, l'examen de la circulation montre l'intégrité de la circulation dans les troncs principaux du membre et la localisation des altérations, et du point de départ des troubles circulatoires, dans les artérioles.

A.-C. GUILLAUME a beaucoup insisté sur les faits suivants : appliquant systématiquement la recherche des antécédents syphilitiques et le traitement d'épreuve aux patients atteints de troubles trophiques graves provoqués par des lésions artérielles, il note que *les patients chez lesquels on constate l'existence de signes d'oblitération des troncs principaux, ne sont en général pas favorablement influencés par un traitement anti-syphilitique; l'enquête faite chez eux ne fournit d'ailleurs pas un contingent (disproportionné avec la moyenne des affections), de patients chez lesquels on relève, dans les antécédents, des signes possibles de syphilis. A l'inverse, les patients chez lesquels l'examen montre l'intégrité clinique des troncs principaux, mais l'atteinte des artérioles, sont en général de ceux que le traitement antisypilitique (bismuth et mercure) améliore souvent, et des patients chez lesquels l'investigation dans les antécédents révèle, avec une particulière fréquence, l'existence de signes témoignant d'une syphilis; à noter, pourtant, que, dans ce*

cas, le B.-W. n'est pas souvent positif, ou ne l'est que très faiblement.

Au point de vue clinique, A.-C. GUILLAUME conclut que *les troubles qui se traduisent cliniquement sous l'aspect d'une maladie de RAYNAUD ⁽¹⁾ sont liés, le plus souvent, à une artériolite syphilitique avec intégrité des gros troncs du membre et sont souvent influencés d'une façon favorable par le traitement spécifique. Tout porte à penser que cette artériolite est la conséquence d'une intervention directe de la syphilis, et la maladie de RAYNAUD serait d'ailleurs très souvent d'origine syphilitique.* Inversement, A.-C. GUILLAUME conclut que les syndromes d'oblitération artérielle des troncs principaux ne sont, en règle générale, pas influencés par le traitement, qu'une preuve indiscutable de l'origine syphilitique de telles lésions manque le plus souvent, et que, par voie de conséquence, si la syphilis intervient à un titre quelconque dans la genèse de ces artérites oblitérantes des troncs principaux, c'est d'une manière tout à fait indirecte, par exemple comme facteur d'artério-sclérose, si tant est, toutefois, que la syphilis intervienne dans la genèse de l'artério-sclérose, ce qui reste à démontrer.

Ainsi, on peut dire que, même si elle existe, l'oblitération artérielle d'origine syphilitique des troncs principaux des membres, est une éventualité d'une extrême rareté et qui ne pourrait expliquer, par consé-

(1) Tout au moins de la forme accompagnée de sphacèle et qu'on dénomme *gangrène symétrique des extrémités*.

quent, qu'une infime partie des faits d'artérite oblitérante observés en clinique; il est donc, en effet, bien peu probable que la syphilis intervienne, d'une façon régulière et même fréquente, au moins d'une manière active et directe, dans la genèse de la thrombo-angéite oblitérante.

En ce qui concerne la maladie de BUEGER, A.-C. GUILLAUME apporte en outre l'argument suivant : la maladie s'observant presque exclusivement dans le sexe masculin, cette constatation va à l'encontre de l'hypothèse d'une origine syphilitique, puisque la femme est loin d'être épargnée par la syphilis vasculaire.

Il nous semble abusif, toutefois, de dire qu'elle ne peut avoir aucun rôle pathogénique indirect.

En terminant cette partie de notre étude, nous pouvons donc, répondant aux questions que nous nous posions à son début, *dire que l'identification ou la non-identification de la thrombo-angéite oblitérante avec l'artérite oblitérante juvénile des membres, est un problème qui ne peut être résolu avec les seules données étiologiques, et qu'il faut le reprendre avec l'aide de données anatomo-pathologiques; nous pouvons dire aussi que la syphilis, si toutefois elle intervient pour provoquer l'apparition de la thrombo-angéite oblitérante, ne pourrait le faire d'une manière directe que d'une façon pour le moins fort rare, et que si l'on en venait à admettre les conclusions de BUEGER et de ceux qui considèrent la thrombo-angéite oblitérante comme une maladie indépendante et non comme un*

syndrome, il faudrait rejeter alors l'intervention de la syphilis comme facteur déterminant éventuel de l'apparition de cette affection. Mais est-on autorisé, comme on le fait actuellement, à considérer la thrombo-angéite oblitérante comme une entité morbide particulière, comme une maladie à part?

CHAPITRE V

Quelques considérations étiologiques relatives aux conditions de fréquence et de sexe dans la Thrombo-angéite oblitérante.

L'étude des conditions étiologiques relatives à la thrombo-angéite oblitérante nous a conduit à préciser quelques-unes des conditions qui président à la genèse de cette variété d'oblitération artérielle; mais à ces constatations ne se bornent pas les avantages que l'on peut tirer d'une étude analytique attentive des conditions étiologiques.

D'autres considérations statistiques sont à envisager qui constituent une source importante de renseignements au point de vue des comparaisons et des distinctions que l'on peut faire entre la thrombo-angéite oblitérante et les autres artérites oblitérantes. La fréquence relative de la thrombo-angéite oblitérante est indiquée dans un travail de PERLA; celui-ci observe en effet, au Montefiore Hospital de New-York, 41 cas consécutifs de cette affection, et, pendant ce temps, le nombre de malades qui avaient été traités

dans cet hôpital était de 10.000; c'est dire que la fréquence de l'affection a été, pour le Montefiore Hospital et pour cette période, de 0,41 %.

En France, et si l'on s'en tient uniquement à la seule thrombo-angéite oblitérante (Maladie de BUEGER), dont un très petit nombre seulement d'observations (encore fort contestables pour la plupart) a été publié, on est évidemment fort loin de compte, mais si l'on s'en rapporte, non plus à la seule maladie de BUEGER mais à l'ensemble des artérites oblitérantes entraînant des troubles suffisants pour provoquer l'hospitalisation, ce chiffre n'est pas en désaccord flagrant avec la fréquence relative de l'ensemble des artérites oblitérantes.

Si nous nous en tenons seulement, par contre, aux seules artérites oblitérantes juvéniles et préséniles, nous voyons dans une statistique de PAUPERT-RAVAULT que le nombre de ces cas a été de 10 sur un total de 53 cas d'artérite oblitérante, soit 19 %, et si nous nous reportons aux observations de A.-C. GUILLAUME, nous trouvons un chiffre nettement moins élevé (7 %).

Ainsi, quelles que soient les statistiques, on voit :
1° *que les accidents tropiques dus aux artérites oblitérantes ne sont déjà pas, par eux-mêmes, une éventualité tout particulièrement fréquente en clinique;*

2° *que l'artérite juvénile est naturellement bien moins fréquente encore que l'ensemble des artérites oblitérantes;*

3° *que la thrombo-angéite oblitérante et l'artérite juvénile constituent donc, dans l'ensemble, une*

variété d'oblitération artérielle peu fréquente si on la compare à la fréquence respective des autres maladies.

Pour ce qui est du sexe, la thrombo-angéite oblitérante s'observe avec une telle prédominance dans le sexe masculin que l'on peut, d'après les statistiques et observations publiées, qualifier de quasi-exclusive cette fréquence particulière de la thrombo-angéite oblitérante.

Parmi 500 cas observés, BUEGER note seulement trois femmes atteintes, encore fait-il remarquer que chez « ces patientes, aucune amputation n'a été pratiquée, de telle sorte que le diagnostic n'a été porté que sur les signes cliniques », signes qui, nous l'avons vu, sont considérés par BUEGER lui-même comme étant absolument insuffisants pour permettre de porter ferme un diagnostic de thrombo-angéite oblitérante.

Cette même prédominance quasi-exclusive de la maladie dans le sexe masculin, on la retrouve dans les autres statistiques, notamment dans les 120 cas rapportés par KOYANO et les 41 cas rapportés par PERLA qui, tous, se rapportent à des sujets du sexe masculin.

Cette prédominance quasi-exclusive de la thrombo-angéite oblitérante dans le sexe masculin est-elle un fait qui doive étonner?

D'une manière générale (et à l'exception des faits d'embolie ou de spasme artériel tronculaire ou artériolique sans oblitération des troncs principaux artériels) l'artérite oblitérante est beaucoup plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin.

Parmi les nombreuses observations qu'il a recueillies depuis plusieurs années (observations qui se rapportent à toutes les variétés d'artérites oblitérantes et à tous les âges de la vie), A.-C. GUILLAUME ne trouve qu'un petit nombre de femmes (8 %). Dans les observations (toutes variétés et tous âges également) de PAUPERT-RAVAULT, à part également les faits d'oblitération artérielle par embolie qui ont été observés en forte majorité chez des femmes, l'oblitération artérielle n'est relevée chez la femme que dans 30 % du nombre total des cas; encore ce chiffre paraît-il fort élevé.

A.-C. GUILLAUME fait remarquer à ce propos qu'une cause d'erreur intervient, sur ce point, dans les statistiques, si l'on va chercher les éléments de ces statistiques dans les asiles de vieillards; en effet, des chiffres recueillis par A.-C. GUILLAUME, il résulte que : avant 40 ans l'artérite atteint les hommes d'une façon quasi-exclusive (aucun cas d'artérite chez la femme dans les faits recueillis); de 40 à 60 ans les hommes sont en forte importante majorité (86 % de patients du sexe masculin); de 60 à 80 ans, nombre à peu près équivalent d'hommes et de femmes (45 % de femmes); après 80 ans, grosse majorité de femmes (75 % de femmes). Il résulte également des mêmes constatations faites par A.-C. GUILLAUME, que c'est vers 70 ans que les deux courbes se rejoignent et se coupent, indiquant ainsi qu'aux environs de cet âge les faits d'artérite oblitérante sont représentés par un nombre égal d'hommes et de femmes. Cela ne tient évidemment

pas à ce que l'artérite oblitérante va en diminuant de fréquence chez les hommes âgés pendant qu'elle augmenterait de fréquence chez les femmes à mesure que celles-ci avancent en âge; cela est une conséquence du fait que le nombre des femmes âgées est, dans nos pays tout au moins, proportionnellement plus élevé que celui des hommes âgés ou, en d'autres termes, que la décroissance du nombre d'individus se fait plus rapidement chez l'homme que chez la femme à partir de 60 ans.

Si, en effet, on comparè les chiffres indiquant la fréquence relative de l'artérite oblitérante en fonction de l'âge (et par catégories d'individus de même âge) au nombre d'individus ayant cet âge, on voit que ce chiffre ou index va en s'accroissant avec l'âge. Et si l'on considère par contre le même index en fonction de l'âge et du sexe, on voit que cet index est toujours plus élevé, à âge égal, chez l'homme que chez la femme; mais à partir d'un certain âge, le nombre d'hommes étant inférieur au nombre des femmes, l'index masculin est noyé dans l'index féminin.

Les faits relatifs aux seules variétés juvéniles de l'artérite oblitérante confirment cette manière de voir : les 7 cas d'artérite juvénile observés par A.-C. GUILLAUME se rapportent tous à des hommes; les 10 cas d'artérite juvénile réunis par PAUPERT-RAVAULT dans sa thèse comprennent 8 hommes et 2 femmes ; les 15 cas d'artérite oblitérante juvénile réunis par CAMUS et dans sa thèse ont trait à 14 hommes et à une seule femme. Au total, et pour les observations conte-

nues dans ces trois réunions de faits d'artérite juvénile, la proportion des femmes est inférieure à 10 %.

Ces faits, qui ont été mis en évidence par A.-C. GUILLAUME, indiquent qu'il n'y a pas lieu de s'empresser de conclure de cette quasi-exclusivité apparente de la thrombo-angéite oblitérante chez les individus de sexe masculin à l'existence d'un facteur étiologique quelconque, qui sépare la thrombo-angéite oblitérante des autres variétés d'artérite oblitérante, car les faits de thrombo-angéite oblitérante publiés ayant trait, comme nous l'avons vu, à des sujets en général jeunes (de 20 à 50 ans), il n'y a rien de fort étonnant à ce que la prédominance masculine soit considérable. Cette constatation d'une quasi-exclusivité de la thrombo-angéite oblitérante dans le sexe masculin est cependant, comme nous le verrons, importante à retenir, car elle constitue, indirectement, un élément pour juger de la valeur qu'il faut attribuer à la théorie infectieuse, elle peut d'ailleurs, également, constituer une intéressante indication sur la pathogénie des artérites en général.

CHAPITRE VI

La Théorie infectieuse trouve-t-elle dans les conditions étiologiques des arguments favorables ?

BUERGER défend fermement une théorie infectieuse de la thrombo-angéite oblitérante, et nombre d'auteurs se sont, depuis, prononcés en faveur de cette théorie.

Les raisons qui ont conduit ces auteurs à soutenir une théorie infectieuse sont variables : certaines opinions semblent être le résultat de simples rapprochements ; d'autres, plus sérieuses, s'appuient sur des impressions cliniques et anatomopathologiques ; c'est le cas notamment pour BUEGER.

Toutes ces opinions considèrent que *la thrombo-angéite oblitérante est une séquelle d'infection et une localisation infectieuse*, soit d'un agent pathogène particulier, soit de l'agent pathogène d'une maladie générale connue, dont l'atteinte constituerait alors, sous la forme d'une séquelle, une des localisations.

La théorie infectieuse de la thrombo-angéite obli-

térante est, aux yeux de **BUERGER**, indiquée par les constatations anatomiques suivantes : « Les stades précoces de la maladie se manifestent comme une lésion inflammatoire qui montre un tableau morphologique spécifique et caractéristique, même dans le processus de cicatrisation; dans le stade précoce ou aigu, des foyers purulents suggèrent l'idée d'un facteur causal dû à un agent ou à une cause infectieuse. »

Les recherches anatomiques faites par **A.-C. GUILLAUME** lui ont montré, cependant, que des aspects analogues à ceux considérés par **BUERGER** comme symptomatiques d'un processus infectieux, s'observent dans des processus d'oblitérations vasculaires spontanées ou provoquées dans lesquelles rien ne permet de mettre en cause une infection quelconque; les raisons anatomiques invoquées par **BUERGER** n'ont donc pas le caractère démonstratif que cet auteur leur assigne.

Les arguments tirés de l'observation clinique en faveur de la théorie infectieuse, arguments peu importants d'ailleurs, sont également contestables puisque la phlébite migrante, considérée comme assez fréquente par **BUERGER**, apparaît rare si l'on s'en rapporte aux autres travaux; **PERLA** la considère comme très rare (5 %); d'ailleurs on peut fort bien concevoir l'existence de phénomènes phlébitiques non infectieux.

Mais ces arguments sortent du cadre des recherches purement étiologiques que nous effectuons ici.

Pour ce qui est de la théorie infectieuse, l'investi-

gation étiologique aboutit à une constatation négative puisqu'elle ne met en lumière l'intervention d'aucun facteur infectieux probable. Rien, dans les constatations de BUEGER, ne conduit à la mise en évidence d'un facteur infectieux, rien non plus dans les constatations de KOYANO (120 cas) et des autres auteurs japonais, rien enfin dans les constatations de PERLA (41 cas).

Des théories comme celles de NICOLLE et CONSEIL, de PHILIPPSON, théories qui attribuent la thrombo-angéite oblitérante au typhus, ne sont donc, dans l'état actuel de nos connaissances, rien autre chose que des hypothèses simplement gratuites.

Les recherches bactériologiques effectuées par de nombreux auteurs sont toutes restées négatives et ont toutes abouti (même celles de RABINOWITZ qui avait pensé atteindre à un résultat) à un échec pour ce qui est de l'identification d'un quelconque agent microbien; ainsi, là également, aucune preuve en faveur de la théorie infectieuse.

Ainsi l'investigation étiologique n'apporte aucun élément de preuve à une hypothétique théorie infectieuse de la thrombo-angéite oblitérante; par contre, l'analyse des conditions étiologiques nous fournit au moins un argument qui va nettement à l'encontre de la théorie infectieuse.

La constatation d'une quasi-exclusivité de la thrombo-angéite oblitérante chez les individus de sexe masculin, fait qui est, nous l'avons vu, en harmonie avec ce que l'on constate dans les autres

variétés d'oblitérations artérielles (l'embolie exceptée) qui, toutes, indiquent une considérable prédominance du sexe masculin parmi les patients, est en contradiction, en effet, avec une hypothèse infectieuse. Comme le fait remarquer A.-C. GUILLAUME, cette électivité de l'incidence de la thrombo-angéite oblitérante dans le sexe masculin n'est pas en faveur d'une théorie infectieuse qui voudrait être explicative de la genèse de la maladie, car les maladies infectieuses ne sont pas, d'une manière générale, beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Cet ensemble de constatations nous permet de conclure que la théorie infectieuse reste, dans l'état actuel de nos connaissances, une simple supposition d'impression, une hypothèse gratuite; ce n'est en tout cas pas dans cette théorie infectieuse que l'on peut trouver un argument de preuve en faveur d'une conception qui ferait de la thrombo-angéite oblitérante une maladie à part.

CHAPITRE VII

Certaines intoxications et certains traumatismes influent-ils sur la genèse de la Thrombo angéite oblitérante ?

L'investigation étiologique appliquée à l'étude de la thrombo-angéite oblitérante ne permet pas seulement de considérer comme sans valeur certains facteurs auxquels on avait attribué un rôle de premier plan, cette investigation étiologique met en évidence le rôle que jouent certains facteurs dans la genèse de cette variété juvénile des oblitérations artérielles.

Quand on analyse attentivement les observations et les statistiques publiées, on voit signalée, en effet, la quasi-constance de deux ordres de facteurs qui, de toute évidence, ont pu jouer un rôle (accessoire ou déterminant) dans la genèse des lésions artérielles : ces deux ordres de facteurs qui se retrouvent avec une fréquence voisine de la constance parmi les circonstances étiologiques signalées, sont *l'usage du tabac, et des conditions sociales et alimentaires, enfin l'influence des agents physiques extérieurs.*

L'influence du tabac, indiquée dans nombre de cas,

apparaît, à l'analyse des observations, comme un facteur qu'il ne faut pas négliger; PERLA, sur 41 malades, note 12 fois (soit 30 %) que les malades étaient des fumeurs modérés, 24 fois (soit 60 %) des grands fumeurs, et 4 fois (soit 10 %) des non fumeurs.

PARKES WEBER, SCHUMANN, MICHELS, accusent l'intoxication tabagique.

KOYANO signale que la très grande majorité des patients était des fumeurs.

BUERGER (qui soutient une théorie infectieuse) admet que le tabac intervient dans la genèse ou le développement de la thrombo-angéite oblitérante, mais n'admet pas qu'il soit seul en cause, et, pourtant, la lecture des observations rapportées par BUERGER indique qu'il s'agit, d'une façon presque constante dans ses observations, de fumeurs, et qui plus est, fort souvent, de grands fumeurs; BUERGER dit même qu'il n'y avait, parmi ses patients atteints de thrombo-angéite oblitérante, qu'un pour cent de non fumeurs.

L'habitude de fumer est évidemment très répandue, mais ne semble pas l'être au point d'être compatible avec les chiffres indiqués par ces statistiques.

Les observations et les statistiques publiées nous permettent également de remarquer, et ceci est indiqué notamment par les statistiques de KOYANO et de BUERGER, qu'il s'agissait, dans la très grande majorité des cas, d'individus pauvrement et mal alimentés, d'individus exposés au froid et à l'humidité, presque toujours d'individus appartenant à ce que l'on est convenu de nommer les classes laborieuses.

PERLA note que 10 des 41 malades qu'il a observés étaient des tailleurs (mais c'est là une profession fréquente chez les Hébreux), tous les autres patients étaient des ouvriers de professions diverses.

Comme nous l'avons vu en étudiant les rapports éventuels de la thrombo-angéite oblitérante avec les conditions de race, la race juive en l'espèce, tout porte à penser que l'apparente fréquence de la maladie chez les Hébreux nés dans l'Europe du centre ou de l'est, n'est en aucune façon une conséquence d'un caractère racial, mais cache, selon toutes probabilités, l'intervention de toute une série de conditions particulières à la vie des Hébreux dans ces régions. Ces conditions qui se trouvaient, il y a peu d'années encore, réunies chez les Hébreux de l'Europe du centre et de l'est, étaient évidemment, en dehors des conditions de misère, de froid, d'humidité, celles qui tiennent aux pratiques rituelles et à l'alimentation imposée par la religion.

Les malades eux-mêmes ont, dans certains cas, signalé le rôle possible de ces divers facteurs. BUEGER écrit en effet, parlant d'une alimentation irrationnelle et pauvre : « Certains des plus intelligents parmi les immigrants russes ont appelé l'attention de l'auteur sur ce facteur. » BUEGER s'empresse d'ailleurs de rejeter cette raison, car « ceci est inconciliable avec le développement de la maladie dans des cas où les conditions ont été celles de l'abondance depuis la naissance ».

Cette opinion de BUEGER paraît d'ailleurs bien

absolue quand on ne veut pas, à tout prix, et préalablement à toute analyse des faits, admettre par force que la thrombo-angéite oblitérante est une maladie particulière devant relever toujours, nécessairement, de la même cause; si l'on ne se laisse pas arrêter par cette idée préconçue d'une maladie à part, idée qui, il faut le dire, ne répond même pas, dans l'état actuel de nos connaissances, à l'ébauche d'une preuve ni même d'une présomption de probabilité, on est obligé de tenir grand compte de ce que, parmi les cas observés par divers auteurs, la très grande majorité des patients étaient toujours de ceux (et KOYANO insiste sur ce point) qui avaient été soumis, à une période de leur vie, à une *exposition locale au froid, à l'humidité, aux conditions d'une vie rude et sans confort*. Il faut rappeler également à ce propos, que PARKES WEBER a vu la thrombo-angéite oblitérante survenir à la suite de gelures, et dans deux observations de A.-C. GUILLAUME, le rôle du froid est apparent, puisque, dans ces observations, la thrombo-angéite oblitérante est apparue une fois à la suite d'une période d'exposition au froid, avec gelure des pieds, chez un Juif polonais de famille commerçante riche, élevé à Varsovie et qui avait été victime du froid lors de sa mobilisation dans l'armée russe pendant la guerre, dans l'hiver 1914, en Prusse orientale et en Pologne, et dans l'autre cas chez un Français non Hébreu atteint de gelure des pieds pendant la guerre.

D'autre part, dans des relevés faits dans certains services hospitaliers parisiens, A.-C. GUILLAUME a pu

noter que la courbe indiquant mois par mois, et pour chaque année, la fréquence des faits d'artérite oblitérante avec sphacèle qui sont hospitalisés (et notamment ceux qui sont amputés), se reproduit assez semblable à elle-même d'une année à l'autre, avec une variation saisonnière absolument remarquable puisque toujours la courbe se relève à partir de novembre-décembre pour s'abaisser brusquement à partir de mai-juin, de telle sorte que de juin à novembre le nombre de ces cas d'artérite oblitérante qui sont hospitalisés est à peu près nul et que ces malades ne sont vus d'une façon presque exclusive, dans les hôpitaux, que de novembre à juin.

Ce qui donne à ces constatations de A.-C. GUILLAUME une valeur démonstrative toute particulière, c'est l'analogie extrême des courbes relevées dans des années successives et dans les mêmes services ; ces constatations semblent indiquer et démontrer l'influence déclanchante qu'a la période froide et humide sur la genèse des accidents révélateurs de l'oblitération artérielle, quelle que soit la cause de cette oblitération ; c'est dire que les conditions d'exposition au froid et à l'humidité font subir à l'appareil circulatoire périphérique d'assez rudes assauts qui, considérés isolément et pour une seule saison, ne peuvent évidemment pas dépasser de beaucoup, en importance, le rôle qu'est celui d'un facteur déclanchant des accidents trophiques dans un membre dont la circulation artérielle principale a, préalablement, été oblitérée, mais c'est dire aussi que la répétition de ces

agressions portant sur l'appareil circulatoire des membres peut, à la longue, entraîner la production de lésions vasculaires à caractère permanent.

Nous n'avons pas l'intention d'insister ici sur l'étude de ces lésions vasculaires qui peuvent, dans un membre, résulter de l'intervention de traumatismes mécaniques et thermiques directs ou réflexes; mais il nous faut dire que, négligeant les enseignements fournis par l'étude des statistiques et observations (et parce que l'on voulait avant tout croire à l'existence d'une théorie infectieuse) on a bien souvent omis de donner à ces facteurs directs ou réflexes, comme à ces facteurs de terrain, la part qu'ils méritent d'avoir, car, même si la théorie infectieuse devait, dans l'avenir, recevoir des investigations la confirmation démonstrative qu'elle attend encore, cette constatation n'infirmerait probablement pas une conception qui accorde à ces facteurs de terrain (local et général), une part importante.

Nous savons trop quelle part capitale prennent, en général, les conditions de terrain dans ce complexe morbide qu'est l'éclosion d'une maladie infectieuse pour qu'il nous soit permis de négliger ce facteur terrain, et une expérience de PASTEUR sur les infections expérimentales de certains animaux, nous montre par exemple que sans l'intervention du terrain (refroidissement de l'animal) on ne peut, par la simple inoculation du virus, reproduire la maladie, et qu'il faut mettre simultanément en œuvre les deux conditions pour arriver à réaliser la maladie infectieuse.

CHAPITRE VIII

Synthèse des conditions étiologiques de la Thrombo-angéite oblitérante

On a dit que la soi-disante maladie de **BUERGER**, ou thrombo-angéite oblitérante, qu'elle est une *artérite oblitérante non syphilitique des Hébreux*, et dans plusieurs cas on a porté le diagnostic de maladie de **BUERGER** sur la simple juxtaposition clinique des trois notions de *race hébraïque*, *d'artérite oblitérante*, et *d'absence de syphilis en évolution*; c'est là une erreur profonde puisque, comme nous l'avons vu, chacune des trois propositions (contenues dans cette formule) est à reprendre.

La maladie, si maladie particulière il y a, ne serait pas exclusivement caractérisée par une artérite (la lésion d'artérite n'est en effet pas la seule à remarquer, et l'atteinte des veines est possible bien que moins importante que celle des artères); il s'agirait plus d'une angéite que d'une artérite; l'oblitération est, selon **BUERGER**, la conséquence d'un thrombus organisé.

l'atteinte pariétale artérielle n'étant que secondaire, satellite de l'organisation du caillot, et ne participant pas directement à l'oblitération du vaisseau (en fait, cette conclusion de BUEGER est en partie contestable, car la part de l'artère dans le processus occlusif du vaisseau est un fait réel).

La deuxième proposition est également partiellement inexacte, et la seule chose que l'on puisse dire à propos des rapports de la syphilis et de la maladie de BUEGER, c'est que *la syphilis ne semble pas intervenir habituellement dans la genèse de cet état comme le ferait un processus actif influençable par un traitement spécifique.*

La troisième proposition est enfin, nous l'avons vu, de celles qu'il faut complètement rejeter, car tout permet de dire que *la thrombo-angéite oblitérante n'est pas une maladie particulière aux Hébreux, encore moins au groupe allemand-slave de la race hébraïque.*

Ainsi, de cette *formule pierre de touche* qu'on répète pour préciser les caractères distinctifs de la thrombo-angéite oblitérante, il ne reste rien, rien en tout cas de distinctif et qui permette, comme on l'a fait, de considérer la thrombo-angéite oblitérante comme une maladie à part.

Ce n'est pas une raison, cependant, si la formule adoptée par beaucoup est fausse, pour que l'on condamne, sans autre examen, la notion, affirmée par BUEGER, qui fait de la thrombo-angéite oblitérante une maladie à part.

Le caractère particulier des lésions vasculaires

observées, certaines particularités du tableau clinique, certaines conditions étiologiques, peuvent, en effet, au premier abord, en imposer pour faire admettre l'hypothèse d'une affection particulière des vaisseaux, d'une maladie à part, la maladie de FRIEDLANDER-WINIWARTER-MANTEUFFEL-BUERGER.

Il n'est pas dans notre intention de discuter les points anatomiques et cliniques de ce problème, et nous nous bornerons à examiner si, du point de vue des considérations étiologiques, l'hypothèse d'une maladie à part trouve un élément quelconque de confirmation.

La notion de race est, nous l'avons vu, un caractère distinctif absolument fallacieux et l'étude analytique attentive des faits diminue sensiblement l'importance apparente que l'on peut, au premier abord, accorder à des constatations statistiques telles que celles indiquant la prédominance quasi-exclusive du sexe masculin dans la thrombo-angéite oblitérante.

L'investigation statistique semble indiquer que les conditions sociales, le froid, l'humidité, l'intoxication tabagique, jouent un rôle possible et qui est au moins adjuvant; rien, par contre, n'indique l'intervention certaine d'une cause infectieuse, et quand à la syphilis, son incidence, bien que fort supérieure à ce qu'en pense BUEGER, a une coïncidence qui ne semble pas dépasser de beaucoup celle du commun des individus.

La syphilis ne peut évidemment pas expliquer à elle seule tous les cas de thrombo-angéite oblitérante, mais il est peut-être abusif d'affirmer la non-possibi-

lité absolue de son intervention, au moins indirecte, dans la genèse de la maladie.

Enfin, si l'investigation statistique n'apporte aucun argument, direct ou indirect, qui milite en faveur d'une théorie infectieuse, *la même investigation statistique fournit des arguments qui sont en apparence contradiction avec cette théorie.*

Si l'on résume les résultats de cette investigation étiologique, on voit donc que la *thrombo-angéite oblitérante ne peut prétendre à l'individualité, ni du point de vue de l'atteinte raciale, ni du point de vue de l'atteinte d'un seul sexe, et que la théorie infectieuse* (élément indirect de soutien de cette prétendue individualité), *loin de recevoir un appui quelconque de l'examen des faits, est plutôt infirmée par les résultats de cet examen.*

De toute l'investigation étiologique il ne reste donc comme constatation qui serait en faveur d'une quelconque particularité de la thrombo-angéite oblitérante, que la notion d'*âge des patients*, et les notions d'*intoxication tabagique*, d'*alimentation défectueuse*, de *mauvaises conditions hygiéniques et sociales*.

Pour ce qui est de l'*âge des sujets*, nous avons montré que l'analyse des caractères de similitude de l'artérite juvénile et de la thrombo-angéite oblitérante ne peut être résolue du simple point de vue étiologique, et nous avons indiqué que certaines recherches anatomo-cliniques tendent à admettre que l'artérite juvénile se confond anatomiquement avec la thrombo-angéite oblitérante, quelle que soit la cause de l'affec-

tion; du point de vue de l'âge des patients il n'y aurait donc pas non plus de raison de considérer la thrombo-angéite oblitérante comme étant une maladie à part.

Pour ce qui est des conditions d'*intoxication tabagique, de mauvaise alimentation, d'exposition au froid et à l'humidité*, conditions qui sont bien mises en évidence par l'investigation étiologique, on ne peut en faire les éléments d'une distinction entre la thrombo-angéite oblitérante et les autres variétés d'artérite oblitérante que l'on groupe sous le terme très général d'artério-scléreuses; ces conditions se retrouvent, en effet, souvent chez les sujets atteints d'artérite oblitérante artério-scléreuse.

Aussi, après analyse attentive des conditions étiologiques qui président à la genèse de la thrombo-angéite oblitérante, *nous voyons qu'il ne reste au fond rien de véritablement fondé des distinctions que certains avaient cru devoir opérer, du point de vue de l'étiologie, entre cette prétendue maladie particulière et les autres variétés d'oblitérations artérielles : la thrombo-angéite oblitérante n'est pas une maladie particulière aux sémites, et rien n'autorise de la distinguer (ce qui d'ailleurs paraît parfaitement inutile) des autres variétés d'artérites en disant que c'est une artérite non syphilitique, car on peut tout aussi bien dire cela de la très grande majorité des artérites juvéniles ou séniles.*

L'étiologie n'autorise donc en aucune façon, sinon par l'âge des patients, une séparation entre la thrombo-angéite oblitérante et les autres variétés d'artérites chroniques.

CONCLUSIONS

I. — En 1908, Léo BUEGER a donné le nom de *Thrombo-angéite oblitérante* à une affection considérée par lui comme une maladie nouvelle ou nouvellement connue.

II. — Cette soi-disante maladie est représentée par une oblitération des vaisseaux (artères et veines) qui aboutit à la production de troubles douloureux et trophiques; elle siègerait principalement, mais non exclusivement, sur les vaisseaux des membres; et serait responsable des phénomènes de claudication intermittente et de sphacèle par oblitération artérielle que l'on observe chez certains sujets d'âge moyen, et, d'une façon toute particulière, sinon quasi-exclusive, chez des individus appartenant à la race hébraïque, et tout spécialement ceux qui sont originaires de l'Europe de l'est. Ces conditions étiologiques, de même que certaines caractéristiques anatomiques, permettraient, selon BUEGER, d'identifier l'affection comme une maladie à part, qui aurait une

origine infectieuse, mais qui serait absolument indépendante de la syphilis.

III. — L'étude des faits publiés montre que l'affection étudiée par **BUERGER** est identique à celle décrite et étudiée, depuis 1876 par de nombreux auteurs ; parmi ces auteurs il y a lieu de remarquer tout particulièrement, parmi les premiers en date, les noms de **FRIEDLANDER**, **WINIWARTER**, **ZÖGE VON MANTEUFFEL**.

IV. — On est donc en droit de conclure que la thrombo-angéite oblitérante n'est pas une maladie nouvelle, et il apparaît légitime, si l'on veut faire de cette affection une maladie ou un syndrome à part, de la désigner sous le nom de maladie ou syndrome de **FRIEDLANDER**, **WINIWARTER**, **MANTEUFFEL**, **BUERGER**.

V. — La thrombo-angéite oblitérante n'est nullement particulière aux Hébreux du groupe allemand-slave ; elle n'est pas non plus particulière aux Hébreux car on l'observe chez des individus appartenant à d'autres groupements ethniques. L'apparente exclusivité de la maladie chez les Juifs polonais, russes ou roumains (fait qui est mis en lumière par les statistiques de **BUERGER**) est due, semble-t-il, aux conditions de recrutement particulières à certains hôpitaux de New-York ; il n'y a donc pas lieu, dans ces conditions, de considérer la thrombo-angéite oblitérante comme une maladie particulière à la race juive, et cette condition ethnique que l'on avait assignée à la

soi-disante maladie de BUEGER ne mérite pas d'être retenue comme un caractère distinctif.

VI. — Pour beaucoup de médecins, trop étroitement attachés à la notion classique qui identifie la gangrène sèche par oblitération artérielle avec la gangrène sénile, la maladie de BUEGER est considérée comme un synonyme d'artérite oblitérante juvénile, et, d'autre part, l'artérite oblitérante juvénile est considérée comme un synonyme de maladie de BUEGER. L'étude attentive des conditions étiologiques relatées dans les observations de thrombo-angéite oblitérante montre que cette affection appartient aux variétés juvéniles et préséniles de la gangrène sèche par oblitération artérielle, et tout particulièrement, même, à la variété juvénile des gangrènes et oblitérations artérielles. Mais la proposition inverse, qui assimile l'artérite juvénile à la maladie de BUEGER ne peut, à l'aide des seuls moyens d'analyse et d'investigation fournis par l'étude des conditions étiologiques, être discutée, confirmée ou infirmée, seule une étude anatomo-pathologique peut conduire à une opinion ferme sur ce point; du point de vue de l'étude étiologique nous nous bornerons donc à faire remarquer que les termes d'artérite ou de gangrène juvénile, présénile, ou sénile, ne peuvent avoir d'autre signification que celle qui exprime un rapport quelconque entre l'âge d'un patient et la constatation, chez ce même malade, d'une oblitération artérielle et de ses conséquences trophiques éventuelles.

VII. — La maladie de **BUERGER** est, pour beaucoup de médecins, et cette légende s'est répandue en dehors du monde médical, une artérite oblitérante non syphilitique des Hébreux; l'investigation dans les conditions étiologiques montre que la condition raciale doit être rejetée, et que la maladie de **BUERGER**, si maladie particulière il y a, n'est nullement particulière à la race hébraïque; pour ce qui est de la syphilis, l'investigation étiologique démontre que cette infection n'a aucune action directe dans la majorité des cas, et que l'on ne peut, en effet, pas invoquer un processus syphilitique actif, sensible au traitement spécifique, à l'origine de cette maladie; l'investigation étiologique attentive montre cependant que les conclusions de **BUERGER**, rejetant toute participation de la syphilis dans la genèse de ces états, sont beaucoup trop absolues.

VIII. — L'étude des conditions étiologiques montre que l'artérite juvénile et présénile, partant la soi-disante maladie de **BUERGER**, constituent une éventualité relativement rare si on compare leur fréquence à la fréquence moyenne que l'on peut assigner à chaque maladie; les chiffres rapportés par **PERLA** indiquent une proportion de 0,41 % du total des malades hospitalisés, et ce chiffre de **PERLA**, qui se rapporte aux faits observés au Montefiore Hospital de New-York, apparaît encore bien élevé si on le compare aux faits observés ailleurs.

L'étude des conditions étiologiques montre égale-

ment la quasi-exclusivité de la maladie chez des individus appartenant au sexe masculin; mais ce fait n'est pas pour étonner, cependant, quand on voit que la part fournie par le sexe masculin à l'artérite oblitérante est d'autant plus considérable que l'on considère des sujets plus jeunes.

IX. — Rien, dans l'investigation étiologique, ne vient à l'appui d'une théorie infectieuse de la thrombo-angéite oblitérante; au contraire, même, l'investigation étiologique donne des indications qui sont en contradiction avec une semblable théorie; cette théorie infectieuse ne semble pas trouver, d'ailleurs, dans un examen attentif des faits anatomiques et cliniques, l'apparence de présomption qu'on lui avait attribuée.

X. — L'investigation étiologique montre bien que l'intoxication tabagique, les conditions sociales liées à la pauvreté, à une alimentation insuffisante ou anormale, le rôle de l'humidité et du froid, sont des facteurs dont il ne faudrait pas négliger le rôle possible, à titre tout au moins adjuvant, dans l'ensemble des conditions qui contribuent à créer la lésion, à réaliser le terrain qui est propice au développement de la thrombo-angéite oblitérante.

XI. — L'investigation étiologique conduit à penser que rien, parmi les caractères distinctifs proposés pour justifier une identification de la thrombo-angéite oblitérante (sous le nom de maladie de **BUERGER**), ne

doit être retenu; l'investigation étiologique autorise donc à conclure que la conception qui fait de la Thrombo-angéite oblitérante une maladie particulière reste à prouver, et à prouver, semble-t-il, par d'autres moyens que ceux qui résultent d'une étude des conditions étiologiques.

Vu Bon à imprimer :

Le Président de Thèse,
H. SICARD.

Vu et PERMIS d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

Vu .

Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- BARABAN et ETIENNE. — Endartérite et gangrène symétrique des extrémités. *Revue Médicale de l'Est*, 1889.
- BERBERICH, et HIRSCH. — Roentgengraphische Darstellung der Arterien und Venen am lebenden Menschen. *Klinische Wochenschrift*, 1923.
- E. P. BOAS. — The morphology and Function of the Capillaries. *New-York Medical Journal and Medical Record*, mai 1923.
- B. W. BOND. — Obliterative arteritis in a boy fourteen years of age. *Lancet*, 19 janvier 1895.
- BORCHARD. — Beitræge fur primaeren Endarteritis obliterans. *Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie*, 1897.
- BOUCHUT et P. RAVAUULT. — Note sur les lésions veineuses au cours des oblitérations artérielles. *Lyon Médical*, 28 mars 1925.
- BROOKS. — Intra arterial injection of sodium iodide. *Journal of the American Association*, 1924.
- LEO BUEGER. — The circulatory disturbances of the extremities. Philadelphie, 1924.
- R. H. CAMUSET. — Contribution à l'étude de l'artérite dite spontanée. *Thèse médecine*, Paris, 1902.
- DAVIES. — The value of arteriovenous anastomosis in gangrène of the lower limb. *Annals of Surgery*, 1912.
- DUTIL, et LAMY. — Contribution à l'étude de l'artérite

oblitérante progressive. *Archives de Médecine expérimentale*, 1893.

ETIENNE. — Un cas de gangrène spontanée des extrémités par endartérite et endophlébite végétantes. *Revue Médicale de l'Est*, 1887.

ETO. — Ueber den Wert der arterio-venösen Anastomose beim Spontanem gangraen. *Kioto Igaku Zassi*, 1919.

A. FOUCAUT. — De l'artérite et de la gangrène spontanée. *Thèse de Paris*, 1862.

FRAENKLE. — Ueber neurotische angiosklérose. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1896.

FRANÇOIS. — Essai sur les gangrènes spontanées. 1 vol. Mons 1832.

C. FRIEDLANDER. — Ueber arteritis obliterans. *Zentralblatt für der Medizinische Wissenschaft*, 1876.

GOODMAN. — 1° Arteriovenous anastomosis. *Medical Record*, 1914.

— 2° Présenile gangrène. *Medical Record*, 1917.

GOODMAN et GOTTESMAN. — Pain and its treatment in thromboangeitis obliterans. *New-York Medical Journal*, 1918.

A. P. GOULD. — 1° A case of spreading obliterative arteritis. *Transactions of the clinical society of London*, 8 février 1884.

2° A case of symmetrical gangrene of the feet from obliterating disease and thrombosis of the arteries and veins. *Transactions of the clinical society of London*, 1891.

3° On obliterative arteritis. *Lancet*, 15 mars 1902.

A. C. GUILLAUME. — 1° L'exploration de la circulation sanguine dans les vaisseaux des membres. *Bulletin Médical* n°s 21 et 25, 1925.

2° Quelques considérations sur le traitement des artérites oblitérantes et des accidents qu'elles entraî-

ment : douleurs, claudication intermittente, troubles trophiques. *Bulletin Médical* n° 33, 1926.

3° La maladie de Buerger et l'artérite juvénile ne semblent être qu'une seule et même affection. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. Séance du 11 mars 1927.

4° Sur un syndrome constitué par des troubles circulatoires des extrémités liés au spasme artériel, des troubles nerveux sympathiques, des troubles menstruels et endocriniens. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 8, mars 1926.

ITO. — Einige chirurgische Krankheiten welche in Japan haeufiger Vorkommen als in Europa und umgekehrt. *Congrès International de Médecine. Comptes rendus chirurg.* Budapest, 1910.

KOGA. — Zur therapie der spontaen Gangraen an der Extremitaeten. *Deutsche Zeitschrift fur chirurgie*, 1913.

KOYANO. — Clinical study of 120 cases of thrombo angitis obliterans among Japanese. *Actes de l'Université Impériale de Kioto*.

KRAMPF. — Beitrage zur spontaene Extremitaeten Nekrose und zur Frage der Endarteritis obliterans. *Deutsche Zeitschrift fur chirurgie*, 1922.

LAMB. — Periarteritis nodosa. *Archivs of internal Medicine*. 1914.

A. LAVERAN. — Observations d'endartérite oblitérante avec gangrène des extrémités inférieures. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1894.

LERICHE et MICHON. — Les gangrènes d'origine artérielle d'après les travaux russes contemporains. *Archives des Maladies du cœur*, décembre 1924.

LILIENTHAL. — *Annals of Surgery*, 1907.

LUDLOW. — Four cases of thrombo-angitis obliterans (Korean cases). *China Medical Journal*, 1920.

W. MEYER. — 1° Etiology of the thrombo-angitis obliterans. *Journal of the American Medical Association*, 19 octobre 1918.

2° Etiology of the thrombo-angitis obliterans. *Medical Record*, 31 mai 1919.

3° New contribution to the etiology of the thrombo-angitis obliterans. *Medical Record*, 13 mars 1920.

4° The conservative treatment of gangrene of the extremities due to thrombo-angitis obliterans. *Annals of Surgery*, mars 1916.

MAC ARTHUR. — Thrombo-angitis obliterans. *Surgery clinics*, juin 1920.

VON MANTEUFFEL. — 1° Ueber angio-sklerotische gangraen. *Archivs fur Klinische chirurgie*, 1891.

2° Ueber arterio-sklerose und Rhumatismus an den unteren Extremitaeten. *Verhandlung der Deutsche Gesellschaft fur chirurgie*, 1892.

3° Ueber die Ursachen des Gefaessverschlusses bei gangraen. *Deutsche Zeitschrift fur chirurgie*, 1898.

MEYER. — Etiology of thrombo-angitis obliterans. *Medical Record*, 1914, 1918 et 1920.

NIKOLSKY et LAVRENTJEW. — Gangrène spontanée occasionnée par de l'artérite oblitérante et de l'endophlébite. *Medizniske Obosrenze*, 1892.

OPPEL. — Treatment of peripheral gangrene due to thrombo-angitis obliterans. *American Journal of Medical Science*, juillet 1917.

P. PAUPERT-RAVAULT. — 1° Formes cliniques des oblitérations artérielles des membres. *Thèse médecine*, Lyon, 1925.

2° Les thromboses oblitérantes primitives des artères des membres. *Archives franco-belges de Chirurgie*, n° 6, juin 1926.

D. PEPLA. — An analysis of fourty one cases of thrombo-angeitis obliterans. With a report of case involving the coronaries and the aorta. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, n° 1, juillet 1925.

RABINOWITZ. — Experiments on infectious origin of thrombo-angeitis obliterans and isolation of the specific organism from blood stream. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1923.

SATRASTEGEN. — *Archivs fur Klinische chirurgie*, 1901.

SILBERT. — A new method for treatment of thrombo-angeitis obliterans. *Journal of the American Medical Association*, 1922.

STEELE. — Intravenous citrate of soda treatment of thrombo-angeitis obliterans. *Medical Record*, 1921.

C. STERNBERG. — Endarteritis und Endophlebitis obliterans und ihre Verhältnisse zur spontan gangraen. *Archivs fur Pathologische Anatomie*, 1900.

STETTEN. — Remarks on conservative treatment of gangrene due to thrombo-angeitis obliterans. *Medical Record*, 1916.

STRAUSS. — Treatment of Sciatica. *Journal of the American Medical Association*, 1917.

E. TELFORT et J. STOPFORD. — Thrombo-angeitis obliterans. *The British Medical Journal*, décembre 1924.

T. TODYA. — Beitrage zur Pathogenese der Sogenannten spontanen gangraen. *Archivs fur klinische chirurgie*, 1912.

PARKES WEBER. — 1° Non syphilitic arteritis obliterans (Thrombo-angeitis of Buerger). *Royal Society of Medicine*, mars 1913.

2° Intermittent claudicatio of the extremities due to the non syphilitic arteritis obliterans. *Royal Society of Medicine*, mars 1913.

3° Thrombo-angeitis with sphacele of the toes. *Royal Society of Medicine*, février 1915.

- 4° Non syphilitic arteritis obliterans of the Hebrews. *Quarterly Journal of Medicine*, juillet 1916.
- 5° Intermittent claudicatio of the right leg in a case of thrombo angeitis obliterans. *Royal Society of Medicine*, 9 février 1917.
- WEISS. — 1° Deutsche Zeitschrift fur chirurgie, 1894.
- 2° Untersuchungen ueber die spontane gangraen. *Zentralblatt fur 'chirurgie*, n° 10, 1895.
- WHYTE. — Thrombo-angeitis obliterans in China. *China Medical Journal*, 1920.
- WIETING. — Die angio sklerotische gangraen und ihre operative Behandlung durch aretrio-venose Intubation. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1908.
- VON WINIWARTER. — Ueber eine eigentuemliche form von Endarteritis und Endophlebitis. *Archivs fur Klinische chirurgie*, 1879, vol. XXIII, fasc. I.
- WEWDENSKY. — Ueber arteritis obliterans und ihre Folviduen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1901.
- WEDENSKY. — Ueber arteritis obliterans und ihre Folgen. *Archivs fur Klinische chirurgie*, 1898.
-

Imprimerie Spéciale de la Librairie LE FRANÇOIS
91, boulevard Saint-Germain, Paris
